Silvio José Benelli

Problematizações das figuras da Psicologia Clínica

Olhar, cuidar e escutar

Problematizações das figuras da Psicologia Clínica

SILVIO JOSÉ BENELLI

Problematizações das figuras da Psicologia Clínica

Olhar, cuidar e escutar

Direitos de publicação reservados à:
Fundação Editora da UNESP (FEU)
Praça da Sé, 108
01001-900 – São Paulo – SP
Tel.: (0xx11) 3242-7171
Fax: (0xx11) 3242-7172
www.editoraunesp.com.br
www.livrariaunesp.com.br
atendimento.editora@unesp.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Elaborado por Vagner Rodolfo da Silva – CRB-8/9410

B461p Benelli, Silvio José

Problematizações das figuras da Psicologia Clínica: olhar, cuidar e escutar / Silvio José Benelli. – São Paulo : Editora Unesp Digital, 2023.

Inclui bibliografia.
ISBN: 978-65-5714-455-8 (eBook)

1. Psicologia. 2. Psicologia clínica. I. Título.

CDD 150
2023-1633 CDU 159.9

Índice para catálogo sistemático:

1. Psicologia 150
2. Psicologia 159.9

Este livro é publicado pelo projeto Edição de Textos de Docentes e Pós-Graduados da Unesp – Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Unesp (PROPG) / Fundação Editora da Unesp (FEU)

Editora afiliada:

Sumário

Introdução

"Não existe vento favorável para o marinheiro que não sabe aonde ir."

(Sêneca)

Desde que ingressamos como docente no Departamento de Psicologia Clínica da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, São Paulo, no ano de 2011, trabalhando como psicólogo clínico, temos nos ocupado também em problematizar as práticas clínicas *psi* desenvolvidas no campo social, mais particularmente, nas áreas de Assistência Social e das políticas públicas sociais voltadas para a criança e o adolescente (Dionísio; Benelli, 2012; Benelli, 2009, 2014a, 2014b). Também realizamos incursões de pesquisa na área da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial, sobretudo no Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Sociedade da Faculdade de Ciências e Letras de Assis.

Em nossa pesquisa intitulada "A interface da Psicologia Clínica com a Assistência Social como política pública", desenvolvida durante o triênio 2011–2014, pudemos constatar, por meio da revisão da literatura, tanto acadêmica quanto documental, a predominância da Psicologia Clínica na formação dos trabalhadores *psi*

que se inserem no campo denominado socioassistencial. Ao longo desses anos de atuação como psicólogo clínico, docente do curso da graduação e da pós-graduação em Psicologia, pesquisador, supervisor de estágios profissionalizantes e coordenador de projetos de extensão, lidamos com um amplo conjunto de questões teóricas, técnicas e éticas, de percepções e de experiências vivenciadas em diversos grupos de trabalho e, a partir disso, fomos formulando diversas indagações relacionadas com o tema das diferentes práticas clínicas presentes no campo da Psicologia, sobre as quais buscamos investigar nessa pesquisa.

A partir de nosso percurso de formação e de nossa atuação como psicólogo clínico na ênfase Políticas Públicas e Clínica Crítica do Departamento de Psicologia Clínica, consideramos que a Psicologia, enquanto campo científico e profissional, encontra-se acossada por diversas críticas, questionamentos e problematizações, de acordo com a literatura. A Clínica, área hegemônica e tradicional do campo da Psicologia, desde uma perspectiva clássica e supostamente neutra e científica, que seria dedicada ao estudo e à intervenção sobre "transtornos mentais", "sofrimento psíquico" e "dificuldades psicológicas", "problemas afetivos e emocionais", "problemas sexuais", "comportamento desajustado" etc., revela-se multifacetada e ampla, composta por numerosas vertentes teóricas e metodológicas, bem como por muitas práticas que constituem alguns dos seus grandes temas: etiologia, classificação, diagnóstico, epidemiologia, pesquisa e práticas de intervenção – que se desdobram em muitos outros aspectos: prevenção, aconselhamento, psicoterapia, reabilitação, testes psicológicos, acesso à saúde, modalidades de avaliação. Tudo isso é importante, mas estamos interessados em caracterizar e problematizar o campo da Psicologia Clínica a partir de uma perspectiva panorâmica ampla, buscando mapear algumas figuras paradigmáticas que poderiam permitir uma compreensão complexa do tema.

Inicialmente, a partir da experiência adquirida como psicólogo clínico, poderíamos dizer que existiria uma clínica que costuma ser denominada como *tradicional* no campo da Psicologia, como ciência

e profissão, mas aí também se postula, já faz certo tempo, uma clínica nomeada *crítica* (Deleuze, 2011; Costa-Rosa, 2012, 2013a, 2019b). Como caracterizá-las? Quais seriam seus elementos componentes? De um modo geral, quais seriam as possibilidades e modalidades de Psicologia Clínica na atualidade, com base na literatura documental, acadêmica e científica? Como discriminar tais tipos de clínica? Quais seriam os modelos de atenção que essas diferentes propostas clínicas implementariam? E o que dizer do estatuto ético-político que cada uma delas produziria efetivamente? Quisemos aprofundar nossas pesquisas sobre as diversas modalidades das práticas clínicas *psi*, bem como analisar seus efeitos éticos diversos.

Essa pesquisa, de caráter bibliográfico e documental (Ferreira, 2002; Moreira, 2004; Romanowski; Ens, 2006), nos permitiu organizar um conjunto de ideias, de reflexões e de leituras que viemos realizando sobre a temática em pauta. Colecionamos uma série de materiais bibliográficos tais como teses, dissertações, livros e artigos científicos que foram lidos e resenhados criticamente, produzindo ensaios escritos por meio dos quais pretendemos apresentar análises sistemáticas sobre o tema das práticas clínicas *psi* na atualidade.

Esse trabalho de pesquisa, de estudo, de reflexão e de produção escrita mostrou-se muito útil para nossa prática como psicólogo clínico e como docente, pois nos permitiu enriquecer o conteúdo das aulas que ministramos e das demais atividades que desenvolvemos na Universidade, explicitando assim sua relevância acadêmica e científica. Não pretendemos desvincular teoria e prática, mesmo porque não há nada mais prático do que uma boa teoria, assim como também não há prática sem teoria que a sustente, mesmo que seja inadvertidamente. Tomar os saberes e as práticas clínicas *psi* com os quais operamos como objeto de estudo e de investigação representou um esforço de implicação subjetiva com o trabalho que desenvolvemos na Universidade. Quanto à importância social dessa investigação, ressaltamos que nos interessa pensar uma clínica que sirva para instrumentalizar psicólogos na perspectiva da Atenção Psicossocial, atentos e sensíveis não apenas ao sujeito de direitos, mas também ao sujeito do inconsciente, tal como postulado pela Psicanálise

do campo de Freud e Lacan (Costa-Rosa, 2013a, 2019b; Benelli, 2014b; Périco, 2014).

A clínica *psi* é constantemente tematizada na documentação e na literatura. Mas como podemos nos localizar adequadamente nesse tema? Nossas leituras preliminares quanto ao tema das possibilidades clínicas no campo da Psicologia nos permitiram trabalhar com algumas hipóteses. Encontramos elementos e indicadores que apontam para alguns modelos de práticas clínicas diferentes. Seria possível nomear os seguintes tipos de clínica: uma clínica do olhar, uma clínica do cuidado, uma clínica ampliada, uma clínica dialética, uma clínica da diferença, uma clínica psicossocial e uma clínica do sujeito. Essa primeira elaboração conceitual já foi fruto de uma presença e atuação atenta no campo teórico-técnico, ideológico-político, sociocultural e ético constituído pela Psicologia enquanto ciência e profissão, desde o lugar do psicólogo clínico, do docente e do pesquisador na Universidade. Procuramos entender e sistematizar as coordenadas teóricas, práticas e éticas que fundamentam tais modelos de clínicas nos ensaios escritos nessa investigação (Laurenti, 2012), com a intenção de esclarecer e orientar nossa própria práxis.

A Atenção Psicossocial como lugar teórico e ético

Para realizar a presente investigação, nos situamos a partir da perspectiva da Atenção Psicossocial, enquanto psicólogo clínico. Essa locução– "atenção psicossocial" – que se enraíza fortemente em diversas experiências históricas concretas na área da Saúde Mental, tais como são as alternativas ao hospital psiquiátrico, a Reforma Psiquiátrica no mundo e no Brasil, incluindo também o movimento da luta antimanicomial – pode ser tomada enquanto termo comum, com várias acepções, e estar presente nos campos da Psicologia, da Assistência Social, da Saúde Mental na Saúde Coletiva, da Educação, entre outros, embora seja uma construção/invenção originária da área da Saúde Coletiva, mais particularmente da Saúde Mental (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003; Costa-Rosa, 2013a). Ela vem se

constituindo como um conjunto de proposições teórico-técnicas e éticas transdisciplinares – pautado pela referência fundamental da *subjetividade* – que visa consolidar um novo paradigma para o equacionamento do sofrimento psíquico na atualidade, opondo-se radicalmente ao Paradigma Médico-Psiquiátrico-Hospitalocêntrico-Medicalizador (PPHM). Pretendemos tomar essa expressão como conceito, enfatizando um aspecto que lhe confira singularidade conceitual e ética específica (Costa-Rosa, 2013b; Périco, 2014), possibilitando a emergência do Paradigma Psicossocial (PPS).

O Paradigma Psicossocial vem incidindo no campo da Psicologia que se caracteriza predominantemente enquanto saber/fazer disciplinar normalizador, na direção da subversão e transformação da própria Psicologia. Constatamos que tal transformação já vem se processando e um dos seus indicadores é o advento do conceito de subjetividade no campo, com seus diversos efeitos. Trabalhamos com a hipótese de esse conceito, particularmente na sua acepção psicanalítica (Freud e Lacan), permite estabelecer um plano de análise bastante preciso e radical sobre o campo da Psicologia como ciência e como profissão.

A Atenção Psicossocial, tal como postulada por diversos autores (Costa-Rosa, 2000, 2011, 2013a; Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003; Yasui; Costa-Rosa, 2008; Rinaldi, 2005, 2006; Périco, 2014), inclui a análise política de instituições, a Análise Institucional e uma teoria da constituição da subjetividade específica do campo de Freud e Lacan. Ela opera com o conceito de *sujeito* e considera a subjetividade nas suas dimensões inseparáveis: o plano social e o psíquico, que não possuem solução de continuidade. Se o ser humano é considerado enquanto sujeito, ele não pode ser coisificado, objetificado, ele deve ser tratado a partir da sua singular condição de ser desejante e construtor criativo do próprio percurso.

No âmbito da Atenção Psicossocial, é preciso questionar e buscar superar a *dicotomia sujeito-objeto*. O ser humano nunca deve ser concebido como objeto, pois sua condição de sujeito lhe é essencial e não pode ser escamoteada, ocultada nem negada. Se o outro é sujeito, não se pode saber por ele, nem o submeter a relações de ensino, de governo e de tratamento, ajuda, apoio, cuidado, proteção social,

ou de análise que o coloquem no lugar de objeto, coisificando-o. (Lacan, 1998a)

Por hipótese, um psicólogo psicossocial é um trabalhador que possuiria uma formação complexa, devendo ser informado pelo materialismo histórico, avisado pela Análise Institucional (AI), prevenido pela Filosofia da diferença e, sobretudo, precavido pela Psicanálise do campo de Freud e Lacan, para realizar práticas de intercessão norteadas por uma ética que possibilite aos sujeitos se reposicionarem, a partir do tratamento do *real* pelas ferramentas do *simbólico*, nas conflitivas que atravessam e que os atravessam, promovendo tanto a implicação subjetiva quanto a sociocultural (Costa-Rosa, 2000, 2011, 2019b). Consideramos que há especificidades que distinguem clínica e política (Rinaldi; Bursztyn, 2008), mas elas podem estar articuladas, sem se anularem ou excluírem mutuamente, mantendo um tensionamento positivo. É a complexidade da realidade mesma que exige uma abordagem multirreferencial, também complexa, visando ao equacionamento dos problemas enfrentados.

O tema da subjetividade no campo *psi*

A subjetividade, como termo, é bastante utilizada no âmbito das ciências humanas: na Psicologia, na Pedagogia, na Filosofia, na Antropologia, na Psicanálise lacaniana etc. Apesar de ser muito empregado por vários autores e por professores universitários, por vezes apenas como termo, por vezes como conceito, entendemos que nem sempre se busca conceituar expressamente o que isso significaria. Notamos que o problema do *sujeito* e da *subjetividade* surge de modo transversal em alguns campos de conhecimento, dentre eles, a Psicologia, a Filosofia e a Psicanálise (Azeredo, 1999; Bernardes, 2007; Benelli, 2006, 2013; Birman, 2000a, 2000b; Guattari; Rolnik, 1996; Prado Filho; Martins, 2007), apenas para nomear alguns. Logo de início, parece que se trata realmente de termos polissêmicos e transdisciplinares. Algumas concepções de subjetividade

presentes no materialismo histórico (Althusser, 1979, 1984), nas obras de Foucault, de Deleuze e Guattari também permitem considerar matizes importantes desse construto teórico. Todas essas vertentes são virulentamente *trans*disciplinares e promovem a desconstrução da Psicologia disciplinar, além da própria ciência em sua versão positivista tradicional.

Podemos observar que o tema da subjetividade é tratado por diferentes autores, sob vários pontos de vista. Verificamos isso por meio dos trabalhos da Psicologia Sócio-Histórica (Freitas, 2002; Bock; Gonçalves; Furtado, 2001), de Foucault (Foucault, 1982, 1995, 1999a; Ferreira Neto, 2004; Cardoso Jr., 2005; Mansano, 2009), da esquizoanálise (Deleuze, 1992; Guattari, 1996; Guattari; Rolnik, 1996; Deleuze; Guattari, 1995; Parpinelli; Souza, 2005) e da perspectiva de Lacan (Elia, 2004; Baratto; Aguiar, 2007; Lacan, 1979, 1998a, 1999; Olgivie, 1988), que apresentam aspectos específicos e singulares, divergentes e irredutíveis entre si, mas também com alguns possíveis pontos de contato, evitando ecletismos ligeiros.

Objetivos

Nosso objetivo consistiu em problematizar, a partir da nossa práxis, da documentação e da literatura, as possibilidades clínicas no campo da Psicologia, distinguindo e caracterizando seus modelos de atenção e procurando entender quais são os efeitos éticos promovidos. Buscamos trabalhar com o conceito fundamental de subjetividade para pensar e problematizar de modo paradigmático o campo psicológico e a área da Clínica. Pretendemos operar com algumas coordenadas históricas e conjunturais, e lógico-estruturais, que nos permitissem obter uma compreensão abrangente da clínica no campo da Psicologia. Elaboramos sínteses sobre algumas abordagens do conceito de subjetividade, tais como elas aparecem em diversas modalidades clínicas. Apresentamos com destaque o conceito de subjetividade numa acepção muito precisa: a que emerge da Psicanálise do campo de Freud e Lacan e do tipo de clínica que

daí deriva, como fundamental para um psicólogo que se pretenda psicossocial.

Metodologia: pesquisando a literatura, compulsando documentos e bibliografia

Colecionamos, organizamos, lemos, analisamos e resenhamos um amplo conjunto de trabalhos acadêmicos, formado por teses, dissertações, livros e artigos científicos, que foram buscados tanto em bancos de teses e dissertações de universidades tais como Unesp, USP, PUC/SP, UFRJ, UFSC etc. quanto em coleções de revistas tais como as disponíveis no site da *BVS Psicologia Brasil*, particularmente nas páginas da *Scielo* e *Pepsic,* entre outros. Também nos ocupamos com documentos produzidos pelo Conselho Federal e pelo Conselho Regional de Psicologia, relativos ao tema das diversas modalidades clínicas no âmbito da Psicologia como ciência e profissão, pertinentes para nossa discussão.

Essa investigação, portanto, foi eminentemente bibliográfica e documental (Calado; Ferreira, 2006; Corsetti, 2006; Lima; Mioto, 2007; Palharini, 2010), mas partindo do âmbito da nossa práxis clínica na universidade. Inicialmente, estabelecemos como lapso temporal os últimos cinco anos, período dentro do qual pretendíamos limitar o recorte para selecionar o material bibliográfico e documental que seria analisado. O desenvolvimento da pesquisa nos levou a ampliar esse período, pois a bibliografia era muito rica e quisemos incluir muitos trabalhos que nos pareceram importantes para que pudéssemos atingir os objetivos propostos. Nossa abordagem privilegiou mais a dimensão qualitativa do que propriamente quantitativa, quanto aos trabalhos colecionados.

Para tornar nossa pesquisa mais clara, conceituamos e diferenciamos os dois tipos de investigação científica. Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) apresentam uma conceituação da *pesquisa com documentos* como sendo vista de forma divergente no campo das ciências humanas, posto que alguns autores apontam seus

aspectos negativos, e outros seus aspectos positivos, bem como alguns a denominam como um método, outros como técnica, outros simplesmente a nomeiam como análise. Ao discorrerem sobre essas diferenças, os autores concluem de forma plural: "a pesquisa documental é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos" (ibidem, p.5). Sobre a importância desse tipo de pesquisa, indicam que o documento possibilita ao pesquisador ter acesso a elementos importante para a contextualização histórica e cultural sobre o tema investigado, bem como "permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social. A análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros" (Cellard, 2008 apud Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009, p.2).

No mesmo artigo, Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) afirmam que toda pesquisa que utiliza documentos (livros, cartilhas, manuais, revistas de divulgação, folhetos, *folders*, cartazes, atas, relatórios, impressos em geral etc.) se vale do que se denomina de "estratégia documental" (p.5). Dessa forma, tanto a pesquisa documental como a bibliográfica utilizam estratégia documental. Entretanto, como é apresentado pelos mesmos autores, há diferença entre esses dois tipos de pesquisa, justamente porque o conceito de documento é amplo.

A denominada *pesquisa bibliográfica* é aquela que trata diretamente de fontes científicas, tais como livros, teses, artigos científicos e revistas acadêmicas, ou seja, documentos elaborados com finalidade científica. Em contrapartida, a denominada *pesquisa documental* consiste na procura da análise de documentos que não receberam tratamento ou análise científica, tais como, por exemplo, relatórios, apostilas, cartilhas não publicadas, gravações, filmes, cartas, letras de músicas etc., ou seja, a primeira consiste na busca por fontes secundárias que já foram elaboradas por outros autores, e a segunda compreende a busca por fontes primárias, que exigem um trabalho sobre materiais que ainda não foram tratados por uma

análise científica (ibidem). Em nossa investigação, portanto, trabalhamos a partir dessa distinção técnica. Realizamos uma pesquisa por meio de uma imersão na literatura, lidando com documentos e com bibliografia.

O ensaio como modalidade de produção escrita

Para a produção dessa pesquisa, adotamos também a técnica do *ensaio*. Trata-se de um gênero discursivo expositivo-argumentativo que versa sobre um tema específico em profundidade, no entanto, sem esgotá-lo (Larrosa, 2003; Olegário; Hillesheim, 2011). É um estilo particular de organização do pensamento científico por meio do qual o intelectual, já tendo chegado a uma elaboração do pensamento consistente e resolvida sobre certo tema, como fruto da sua imersão prolongada e ativa num determinado campo de análise, pode produzir um trabalho escrito, de modo lógico, concatenado e singular.

O propósito do ensaio consiste em apresentar e discutir criticamente informações e subsídios científicos; problematizar temas de interesse social; revisar e analisar assuntos e interpretações; explicitar questões críticas e polêmicas; debater ideias e opiniões, pôr para circular novas ideias e conceitos no campo acadêmico e científico. O ensaio costuma apresentar os seguintes aspectos em sua estrutura textual: trata-se de uma unidade discursiva em prosa, na qual se realiza uma exposição, com indagações e discussões sobre o objeto tematizado. A argumentação é elaborada não apenas pelo raciocínio, mas se leva em consideração o peso das evidências que são colecionadas, organizadas e apresentadas de modo sistemático. Há uma grande liberdade e flexibilidade estrutural, embora haja começo, meio e fim, à semelhança de um diálogo entre o ensaísta e o leitor. O ensaio é geralmente um texto breve, mas também pode ser extenso, dependendo do tópico tematizado, sem a pretensão de ser exaustivo.

Seus operadores linguísticos incluem os seguintes: a linguagem procura ser direta, sensível, rigorosa e elegante e o estilo é marcado pelo recorte pessoal do autor. A redação do texto pode ser mais

ou menos complexa, dependendo da singularidade do autor e, ao mesmo tempo, busca ser direta, visando à objetividade científica, pois constrói sua coerência por meio da lógica com que organiza seu conteúdo, sem a pretensão de atingir um grau de certeza sobre a verdade final das coisas. Emprega de modo predominante a linguagem formal, mas pode, em alguns casos, ocorrer o uso de linguagem coloquial, sem se afastar da variedade culta da língua. É comum a utilização de conectores que introduzam argumentos (já que, visto que, pois, posto que, dado que etc.) ou que os acrescentem (ainda, além disso).

O ensaio formal caracteriza-se pela objetividade no tratamento do tema e pela organização mais estruturada do pensamento, tendo como base o *ensaio científico*. Exemplos de autores que trabalharam com ensaios científicos são Marx, Freud e Foucault, entre outros, considerados como pesquisadores, pensadores e críticos com maturidade intelectual e grande domínio da linguagem e da cultura. É na senda desses intercessores que nos colocamos, procurando aprender com eles.

Perspectivas de análise

Foi a partir de parâmetros histórico-conjunturais e lógico-históricos estruturais, próprios da perspectiva teórico-técnica da Atenção Psicossocial, que empreendemos uma análise sobre nosso tema de investigação: a clínica na Psicologia enquanto nosso campo próprio de atuação.

Pretendemos superar as discussões pontuais e localizadas típicas sobre o lugar, as possibilidades e aporias da clínica na Psicologia e, para tanto, utilizamos *coordenadas históricas conjunturais* – teóricas, técnico-assistenciais, jurídico-políticas e socioculturais – e também *parâmetros lógicos e históricos estruturais* – 1) concepções de "objeto" e dos "meios" de ação; 2) concepções das formas de organização do dispositivo institucional – formas das relações intrainstitucionais; 3) concepções das formas de relação instituição-território e população-instituição; e 4) concepções dos efeitos terapêuticos e seus

desdobramentos éticos – propostos por Costa-Rosa (2013a) para nos situarmos com certa clareza na investigação proposta. Já realizamos com êxito outras investigações empregando esses parâmetros (Benelli, 2006, 2013, 2014a, 2014b; Benelli; Costa-Rosa, 2012, 2013).

Partimos de algumas considerações sumárias quanto aos pressupostos epistemológicos e as diferentes modalidades de clínica *psi* que se produzem a partir deles, tomando a clínica que fazemos como uma instituição a ser problematizada e analisada. Postulamos que as instituições e os estabelecimentos nos quais elas se materializam são promotoras de efeitos éticos: suas práticas de atenção, de tratamento e de cuidados seriam produtoras de efeitos éticos específicos. Em outras palavras, as práticas desenvolvidas pelos atores institucionais – constituídas pelo atravessamento de discursos e de saberes, articuladas a poderes e legitimadas por interesses políticos – são produtoras de sujeitos, de realidade social objetiva e subjetiva (Foucault, 1999c).

De partida, pela experiência no campo da Psicologia como clínico e orientados pela literatura, podemos afirmar que haveria duas possibilidades éticas fundamentais: as que se orientam pelos processos de serialização e as que promovem efeitos de singularização subjetiva e sociocultural (Guattari, 1981; Costa-Rosa, 2013a, 2019b; Périco, 2014), que tomamos como parâmetros analíticos estruturais.

Sobre os ensaios que compõem o livro

Ao longo da produção da pesquisa, fomos construindo ensaios diversos por meio dos quais problematizamos as práticas clínicas a partir de vários prismas, desdobrando aspectos variados, numa análise constituída por espirais suplementares que alinham diferentes conceitos. Foram escritos e podem ser lidos de modo independente, embora sejam bastante articulados em seu conjunto. Apresentam planos e níveis de análises distintos e suplementares que se enriquecem e se complexificam – suplementam, mas não complementam, não completam – sem formar uma totalidade fechada e acabada.

Consideramos que a língua possui um efeito disciplinador da existência e que isso consiste num viés importante. Embora tenhamos grafado "o psicólogo" quando nos referimos aos trabalhadores da área da Psicologia, prevenimos o leitor de que temos conhecimento de que a Psicologia, enquanto ciência e profissão, é eminentemente feminina e que os psicólogos são minoria. Certamente os marcadores linguísticos, de classe, étnico-raciais, de sexualidade e de gênero representam grandes desafios que exigem uma maior acuidade crítica.

No Ensaio 1, discutimos o tema da subjetividade com base em Foucault. Muito se fala de subjetividade na atualidade e essa é uma palavra presente no vocabulário de numerosos autores, sobretudo a partir da segunda metade do século XX, na Psicologia, nas ciências sociais, na Epistemologia, na Estética, na Psicanálise. O que poderia designar esse termo? Será que se trata de um conceito formalmente construído e definido, dotado de um sentido unívoco? Também se escreve muito sobre o "sujeito", termo normalmente associado ao de "subjetividade". Mas o que designaria afinal o termo/conceito "sujeito"? Procurando contribuir com o debate, discutimos o tema do sujeito e da subjetividade no pensamento de Michel Foucault e apresentamos algumas questões e problemas, a partir desse autor, que são importantes para pensar a Psicologia e a clínica.

No Ensaio 2, propomos uma Psicologia não disciplinar e um psicólogo não normalizador no contexto das instituições públicas. Partindo de uma problematização da Psicologia como ciência disciplinar e descrevendo suas possibilidades teóricas e técnicas de intervenção, constatamos seus limites paradigmáticos e efeitos éticos na produção da normalidade social. Como a Psicologia poderia superar as determinações disciplinares que lhe são classicamente constitutivas? A emergência do conceito de subjetividade na área da Psicologia disciplinar estaria produzindo uma subversão nesse campo, numa perspectiva transdisciplinar. Nessa direção, sem necessariamente desconsiderar algumas outras, as contribuições da Psicanálise do campo de Freud e Lacan apresentam referências teóricas, técnicas e éticas fundamentais para instrumentalizar de modo singular um psicólogo que se pretenda não disciplinar, sobretudo no contexto

das instituições públicas. O psicólogo psicossocial, quando devidamente precavido, avisado e orientado por uma ética *outra*, partindo de uma contextualização do sintoma social dominante no contemporâneo, tem condições de operar e interceder por meio de uma escuta ao sujeito do sofrimento que seja capaz de promover processos de implicação subjetiva e sociocultural singularizantes.

No Ensaio 3, procuramos problematizar a Psicologia Clínica a partir da perspectiva de uma clínica crítica que inclui a Psicanálise do campo de Freud e Lacan. Funcionando como crivo e corte epistemológico, a tematização do psicológico e do psíquico como subjetividade e, sobretudo, enquanto processos de subjetivação, possibilita discriminar e localizar diferentes tipos de práticas *psi*, conforme estejam aquém desse conceito e, portanto, o ignorem, ou, tomando-o em consideração, busquem instrumentalizá-lo de diversos modos. Compulsando um amplo conjunto de textos, encontramos elementos que nos permitem pensar numa *clínica do olhar*, numa *clínica do cuidado* e numa *clínica da escuta do sujeito*, apresentando alguns exemplos. Buscamos discriminar e caracterizar tais tipos de clínica por meio de alguns parâmetros analíticos: a concepção de objeto, os modelos de atenção criados para lidar com ele e seus efeitos éticos. Pode-se considerar que, em geral, na atualidade, o lugar ético possível para o psicólogo estaria entre a tutela normalizadora, o agente político e a Atenção Psicossocial. Para explicitar esse impasse, apresentamos uma análise sobre as modalidades de clínica possíveis, indicando seus possíveis subtipos e variações não contraditórias, bem como suas éticas e os efeitos produtivos derivados em termos de subjetividade.

No Ensaio 4, pretendemos problematizar as práticas em Psicologia Clínica e, para tanto, partimos de algumas considerações sobre a dimensão institucional da clínica na Psicologia como ciência e profissão, com base na práxis e em uma ampla literatura. Como poderíamos caracterizar essas práticas e como distingui-las umas das outras? Elas são todas iguais e equivalentes? São apenas concorrentes e alternativas entre si, sem maiores especificidades? Seriam contrárias umas às outras? Seriam contraditórias no sentido dialético?

Nossas investigações bibliográficas nos levaram a formular três categorias analíticas quanto às diferentes práticas de Psicologia Clínica: *intromissão*, *intervenção* e *intercessão*. Caracterizamos o dispositivo como uma máquina lógica que produz determinados efeitos, operando na produção de subjetividade e constatamos que no campo de análise haveria quatro dispositivos distintos: o intromissor, o interventor, o cartográfico e o intercessor, sendo que cada um implementaria práticas clínicas diversas na Psicologia, apresentando também seus efeitos éticos específicos. Tais considerações permitem que os trabalhadores da Psicologia possam se orientar quanto ao dispositivo que subsidia seu fazer/saber profissional.

No Ensaio 5, para compreendemos o campo *psi* em sua multiplicidade e complexidade, representado por um conjunto de trabalhos variados que compõem uma ampla amostra da literatura disponível sobre o tema da clínica, utilizamos uma análise paradigmática que nos permitiu construir o esboço de algumas figuras da clínica *psi*. Caracterizamos a Psicologia Convencional e sua clínica tradicional, a Psicologia Psicossocial e sua clínica ampliada, a clínica da diferença e a clínica da Atenção Psicossocial. Também procuramos localizar algumas de suas submodalidades, enquanto possibilidades e variações de uma mesma figura paradigmática. Nossa hipótese é de que um psicólogo que vá trabalhar nas políticas públicas de Saúde, de Saúde Mental ou da Assistência Social poderia se interessar pelo paradigma transdisciplinar e pela Atenção Psicossocial, que lhe ofereceriam instrumentos teóricos, técnicos, políticos e éticos relevantes para uma atuação implicada e pertinente. Nesse trabalho, uma de nossas contribuições consistiu em apresentar ao leitor uma compilação de autores das diferentes referências teóricas que fundamentam os procedimentos técnicos das diversas clínicas *psi*. Sistematizando tais teorias, buscamos desenhar algumas figuras paradigmáticas possíveis que permitem entender o campo, seus impasses, movimentos dialéticos e sua complexidade, permitindo que nos situemos e nos orientemos em nossa práxis.

Nas conclusões, consideramos as razões que nos levaram a escrever este texto: uma necessidade pessoal de obter alguma clareza num

tema realmente intrincado e difícil de ser apreendido. Buscamos nos orientar na práxis e talvez nossas tentativas de formalizar e sistematizar algumas figuras e seus subtipos sejam úteis também para outros psicólogos e para que os estudantes da área possam se situar.

Devo muito ao Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa, professor, orientador, colega pesquisador/autor, amigo querido, inspiração permanente, resistência desejante, com quem trabalhei e aprendi ao longo de vários anos! Alguns dos textos que compõem este livro começaram a ser produzidos a partir do trabalho crítico realizado no Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e "Subjetividadessaúde" (LATIPPSS). Os problemas debatidos neste livro foram sendo construídos e elaborados ao longo do tempo e posteriormente foram apresentados originalmente como ensaios de minha tese de livre-docência em Psicologia Clínica. Essa versão para publicação como livro foi revisada e incluiu alguns novos desenvolvimentos.

1
O tema da constituição do sujeito e da produção da subjetividade no pensamento de Foucault

Sobre o tema da subjetividade na atualidade

> *"[...] as pessoas sabem aquilo que elas fazem; frequentemente sabem por que fazem o que fazem; mas o que ignoram é o efeito produzido por aquilo que fazem"*
>
> *(Foucault, 1995, p.206)*

Muito se fala de subjetividade na atualidade e essa é uma palavra constante no vocabulário de numerosos autores, sobretudo a partir da segunda metade do século XX. O que poderia designar esse termo? Será que se trata de um conceito formalmente construído e definido, dotado de um sentido unívoco? Também se escreve muito sobre o "sujeito", termo normalmente associado ao de "subjetividade". Mas o que designa afinal o termo/conceito "sujeito"?

"Subjetividade" é um termo bastante presente no contexto das ciências humanas em geral: Psicologia, Pedagogia, ciências sociais, serviço social, Filosofia e também na Psicanálise lacaniana. Diversos autores empregam a expressão "subjetividade", ora como termo, ora como conceito e não parece haver muito consenso quanto ao que esse termo designaria. Vários pensadores desses diversos campos de conhecimento,

embora utilizem o termo, nem sempre se preocupam em conceituá-lo expressamente. Portanto, também podemos considerar que se trata de um termo nebuloso e problemático. Podemos reconhecer que o tema da subjetividade emerge de modo transversal aos campos de saberes científicos particulares da Psicologia (Castro; Costa, 2018; Figueiredo, 1991, 2007; Ferreira Neto, 2004; Bernardes, 2007), das ciências sociais (Paiva, 2000), da Filosofia (Cardoso Jr., 2005; Deleuze, 1988; Palombini, 2009), da Epistemologia (Machado, 1981), da Estética, da Psicanálise (Pacheco, 1996; Cabas, 2009), apenas para nomear alguns dos que nos interessam mais de perto. Logo de início, parece que se trata realmente de um termo polissêmico e transdisciplinar.

Esse trabalho não tem a pretensão de esgotar o assunto, mas pretende indicar uma aproximação introdutória ao tema da subjetividade no campo das ciências humanas, mais especificamente na filosofia de Foucault. A partir de um levantamento da literatura disponível, nos limitaremos a discutir o tema da subjetividade em Foucault, que é certamente um dos autores de grande envergadura, em cujo trabalho esse tema aparece de modo fundamental. Foucault é o autor de uma obra consideravelmente volumosa e bastante complexa, o que já implica grandes dificuldades para o pesquisador que pretenda apreendê-la em sua totalidade.

Mas há ainda outros fatores complicadores que emergem propriamente no meio acadêmico e estão relacionados com posições de poder, de autoridade e de prestígio, de lutas corporativistas intestinas e de anátemas mútuos. Aqui, também, são os agenciamentos entre saberes e poderes que produzem sujeitos e objetos.

No meio intelectual mais comum, por exemplo, Foucault e Lacan poderiam ser considerados como antípodas um do outro, e provavelmente alguns considerariam que ocupam campos semânticos diametralmente opostos e supostamente incomunicáveis. Não é difícil encontrar certos leitores de Foucault que, a partir das críticas que ele formulou com relação à Psicanálise[1], passem a considerá-la

1 Embora falemos em Psicanálise no singular, é preciso considerar e distinguir que há pelo menos quatro modalidades diversas no complexo campo

como algo já superado e destituído de valor. E isso sem ter lido, estudado e analisado por conta própria o extenso *corpus* que constitui a Psicanálise do campo de Freud e Lacan, o que por si não é algo realmente simples e fácil de se fazer. Talvez isso também valesse para certos estudiosos de Lacan com relação à produção de Foucault. Isso é bastante contraditório, pois tanto Foucault quanto Lacan, cada um a seu modo, poderiam ser considerados como radicalmente transdisciplinares. Lacan se preocupou em utilizar contribuições de outros campos de conhecimento – tais como a Filosofia (Sócrates, Platão, Hegel, Spinoza, Marx, Heidegger etc.), a Matemática, a Topologia, a ciência moderna, entre outros – para questionar, discutir, elaborar e formalizar os conceitos fundamentais da teoria psicanalítica. Foucault, por sua vez, ao criar a genealogia, inventou um método de análise transversal aos campos de conhecimentos já tradicionalmente constituídos: a Medicina, a Psiquiatria, a Psicologia, a Pedagogia, a Ciência Política, o Direito etc. Além disso, também transcendeu de modo complexo a perspectiva que considera as instituições enquanto entidades claramente circunscritas e diferenciadas, tais como a prisão, a polícia, o judiciário, a escola, a fábrica, o manicômio, o hospital etc. ao investigar as relações complexas entre saberes e poderes que as constituem e produzem sujeitos sociais.

Procurando superar essa perspectiva sectária e excludente, já encontramos alguns trabalhos que apontam para a problematização de pontos de contato entre Foucault e Lacan, respeitando as especificidades e as diferenças iniludíveis e certamente irredutíveis que haveria entre ambos (Rajchman, 1993; Chaves, 1988; Mezan, 1988b; Azeredo, 1999; Birman, 2000a, 2000b; Winter, 2006; Ferreira Neto, 2007; Mariguela, 2007; Hoffmann; Prado Filho, 2008; Almeida; Atallah, 2009; Camargo; Aguiar, 2009; Maliska, 2010).

---

psicanalítico: Freud e seus seguidores (Roudinesco; Plon, 1998, p.272-281), Melanie Klein e os membros de sua escola (ibidem, p.430-435), a Psicologia do Eu, de tradição norte-americana (ibidem, p.169-171; Zimerman, 2008; Fenichel, 2005; Baratto; Aguiar, 2007) e a de Lacan e seus continuadores (Roudinesco; Plon, 1998, p.445-453).

Sem dúvida, a observação e a experiência que temos, desde nosso lugar de docente, demonstram que o meio acadêmico pode ser considerado como composto por diversos nichos ou talvez mesmo por "guetos" intelectuais, normalmente em litígio aberto ou mais ou menos velado uns com os outros. Assim, por exemplo, na Universidade, observamos que em certos grupos de foucaultianos, provavelmente não se tolera muito Marx, Freud e menos ainda Lacan, e vice-versa para cada agrupação. Além da complexidade e da extensão da obra de cada um desses autores, supomos que haveria certa tendência a um purismo teórico – e talvez mesmo a adoção de perspectivas dogmáticas que às vezes tenderiam a beirar um fanatismo de matiz religioso – pois, em muitos casos, o estudioso praticamente se torna adepto de um grupo quase que iniciático e costuma se comportar como um "seguidor" fiel de conhecimentos que podem atingir o estatuto de "doutrina sagrada".

Mesmo entendendo a importância relativa da consistência e da clareza teórica pelos quais velam os representantes da academia bem pensante, normalmente avessa – e com certa razão – aos ecletismos apressados e superficiais, parece extremamente duvidoso que os autores em torno dos quais se erguem templos – e se erigem altares nos quais se queima incenso com fervor, devoção e adoração – se sentiriam confortáveis em ocupar tal posição, tendo seu pensamento reduzido a uma espécie de catecismo doutrinal estrito e cristalizado.

O tema do sujeito e da subjetividade no pensamento de Michel Foucault

A obra de Michel Foucault pode ser entendida como um conjunto de temas que guardam certa especificidade, mas que também são interdependentes, formando planos analíticos que se comunicam de modo transversal e englobante. Esses planos de análise compõem conjuntos que vão se incluindo uns nos outros, de modo complexo e enriquecedor. Podemos mapear alguns significantes-mestres, tais como o *saber* e as *práticas discursivas*; o *poder* e as

práticas microfísicas disciplinares; o *biopoder* e a *gestão administrativa das populações*; a *ética*, o *sujeito* e a *verdade*, os *processos de subjetivação* e os *diferentes tipos de subjetividades* produzidos ao longo da história. "O pensamento de Foucault se formou nas vicissitudes do confronto com problemas e com obras, na hesitação, no arrependimento, no remanejamento" (Eribon, 1996a, p.148). A intersecção englobante desses níveis analíticos parece dotada de uma complexidade crescente, potencializando a visada empreendida para construir uma compreensão da realidade social e histórica contemporânea, ou para fazer, como diz Foucault, "uma história do presente". Um fio condutor para uma obra complexa pode ser estabelecido *a posteriori*: Foucault (1995, p.231) afirma que teria estudado de modo permanente a *questão do sujeito* na sociedade ocidental moderna, enfocando particularmente os diversos tipos de subjetividade constituídos historicamente.

Os temas do sujeito e da subjetividade constituem questões importantes na obra de Foucault e já vêm sendo discutidos por diversos autores faz certo tempo (Dreyfus; Rabinow, 1995; Fonseca, 1995; Paiva, 2000; Silveira, 2001; Araújo, 2001; Revel, 2005; Soler, 2008). Mas, afinal, em que consiste a subjetividade para Foucault? Ele teria elaborado um conceito preciso para esse termo? E o sujeito, como é que Foucault o aborda? Segundo Araújo (2001, p.7):

> O tema central em Foucault, mais interessante e produtivo, não são as relações entre saber e poder e sim o tema do sujeito constituído por práticas que possibilitam pensá-lo: práticas científico-disciplinares que o objetivam e práticas subjetivantes que permitem ao sujeito conhecer-se.

Essa autora explica que as "filosofias do sujeito" tais como o marxismo, a fenomenologia, o positivismo e o existencialismo teriam a pretensão de descrever o que *é* o ser humano, partindo da convicção de que o sujeito do conhecimento seria o próprio fundador desse conhecimento. Mas ela pontua que um tal "sujeito fenomenológico" não pode explicar algumas questões embaraçosas: a linguagem na qual

está enredado, nem o inconsciente, muito menos sua própria constituição, haja vista que a própria racionalidade tem uma história. O pensamento de Foucault representaria uma perspectiva bastante diferente dessas visadas antropologizantes tradicionais. Ele seguiria "um ideário nada ortodoxo" (ibidem, p.17), tendo dissolvido a noção de sujeito do conhecimento autoconsciente, livre, senhor dos seus atos, dentre várias outras. Sujeito, verdade, poder, saber e ética, tais seriam os temas em torno dos quais se articula o pensamento de Foucault, num movimento de espiral, retomando essas questões em diversos planos e níveis de análise distintos e englobantes.

Araújo (2001, p.83) afirma que as obras de Foucault relativas à *História da Sexualidade* (Foucault, 1982, 1984, 1985b) representam a possibilidade de "conhecer a subjetividade". Esses três livros focalizariam "a relação de si para consigo", formadora da subjetividade, que, ao mesmo tempo, implicaria numa ética específica. Quando se dedica a apresentar o tema da "constituição do sujeito", Araújo (2001, p.87ss.) indica o "sujeito como o tema central" do pensamento de Foucault. Haveria um conjunto de *práticas divisoras* constitutivas do sujeito, formado por *práticas discursivas* e por *práticas disciplinares objetivadoras*. Além dessas, haveria ainda as denominadas propriamente de *práticas subjetivadoras*. Tais práticas constituiriam os diferentes modos de subjetivação do ser humano, por meio das quais ele seria transformado em sujeito.

Mas, afinal, quem é esse "sujeito"? É o ser humano, o indivíduo, a pessoa? Esse sujeito coincide com o ente individual – dotado de personalidade, de consciência racional, de vontade e de liberdade – como seria o ser humano/indivíduo tal como constituído pelo pensamento liberal? É o "sujeito social", membro de uma ordem política constitucional, o cidadão – ator social e político – portador de direitos e de deveres legais?

Para Foucault, a noção de sujeito é histórica, o que significa que tal sujeito é essencialmente constituído, e não fundante e constituinte. Nossa hipótese é de que Foucault versa sobre um modo singular de subjetivação que seria essencialmente social e histórico. Seria possível encontrar usos diferentes para a noção de sujeito,

conforme três campos analíticos distintos: o do *saber*, o do *poder* e o da *ética*. Vamos tentar apresentar uma síntese sobre essas questões, que são bastante complexas, com base em Araújo (2001), autora que apresenta uma discussão importante sobre o conjunto da obra de Foucault.

A crítica às filosofias do sujeito

As denominadas "filosofias do sujeito", tais como a fenomenologia, o marxismo e o positivismo tendem a apresentar um "sujeito constituinte", que seria "senhor pleno e criador de seus atos, entendido como um *cogito* de tipo cartesiano, completo, imutável com consciência de si e de seus atos, livre e autônomo (ibidem, p.88). Ora, de acordo com Foucault, o ser humano/sujeito foi sendo constituído por meio de longos, árduos e conflituosos acontecimentos discursivos, epistêmicos e práticos (ibidem, p.88-89).

As filosofias humanistas querem dizer quem é o "ser humano", pois teriam produzido conhecimentos – tidos como científicos – sobre ele, tomando-o como objeto ou figura de conhecimento. O ser humano se conheceria como tal por meio dos saberes das ciências humanas. Tais saberes são chamados por Foucault de "jogos de verdade", que seriam técnicas para se conhecer o que se é. Haveria um quadro composto por certos domínios: o da produção, o dos sistemas simbólicos, o dos poderes e o das tecnologias de si, sendo que cada um deles está associado a um certo tipo de dominação cuja pretensão é conduzir os indivíduos a modificarem seu comportamento. As ciências humanas que emergiram a partir do século XIX teriam constituído um tipo ou modalidade de subjetividade, aquela que seria captável, apreensível, explicável e manipulável pelas "ciências" (Figueiredo, 1991, 2007).

Araújo (2001) propõe que as abordagens arqueológicas e genealógicas de Foucault se fundem por meio da sua filosofia crítica do sujeito. A perspectiva de Foucault estaria longe do *cogito* cartesiano, pois ele questiona a existência de um sujeito do conhecimento, bem

como a de um autor determinado como tendo um papel fundamental na produção de uma ciência. Ele teria renunciado "[...] a transcendência e ao sujeito [...] ficando com a dimensão que *dá* a linguagem, que a faz circular como um bem precioso entre outros bens que os homens produzem e cuja posse almejam" (ibidem, p.92).

Foucault abandona as categorias totalizadoras e finalistas, considerando que não haveria primeiro o sujeito/*cogito* envolvido em relações históricas conflituosas, pois pretende dar conta da constituição do sujeito na trama histórica, sendo que o sujeito aparece justamente em meio a lutas e no espaço que aí se abre, no qual ele exerce seu papel (ibidem, p.95).

Desse modo, a arqueologia e a genealogia permitem a Foucault construir uma história do presente, revelando que diversas transformações históricas foram as produtoras da constituição do ser humano moderno como sujeito objetivado pelas ciências, normalizado por toda uma tecnologia disciplinar e dotado de uma subjetividade por meio da invenção de uma ciência sobre o sexo.

O ser humano foi sendo transformado em "sujeito" por meio de processos de objetivação: paradoxalmente, viu-se enquanto sujeito a partir de sua tomada como objeto de saber e de conhecimento. No plano das práticas discursivas, no acontecimento discursivo que é o *enunciado,* o sujeito ocupa uma determinada posição e um certo lugar. Com relação aos enunciados discursivos, o lugar do sujeito é vazio, podendo ser ocupado por aquele que preencher certas condições, tais como podem ser as normas jurídicas ou institucionais, ou a autoridade conferida à formação e à aptidão, ao direito de ocupar certa função e *status*. São essas as condições de possibilidade que podem legitimar a ocupação da posição de sujeito com relação ao plano discursivo.

Aí parece que se trata do sujeito como suporte e portador do "discurso competente" (Chauí, 2000), pois o especialista é aquele que tem o exclusivo direito de ocupar a posição de sujeito no contexto de enunciados que demandam prestígio e conhecimento (Araújo, 2001, p.98). Como vemos, do plano epistemológico, parece que se desliza rapidamente para o plano social, político e ideológico, indo para o contexto institucional.

O ser humano se tornou um objeto de saber por meio de processos de constituição das ciências humanas, o que foi tema de estudo de Foucault (1985a) em *As palavras e as coisas*. O sujeito estava ausente no período em que predominou a era da representação, o que inclui o século XVII e a primeira metade do século XVIII. Em meados do século XVIII surgiu, no plano do saber, o ser humano objetivado, a partir dos empirismos da vida, do trabalho e da linguagem, que permitiram pensá-lo.

> O homem aparece quando surgem a biologia que o mostra como organismo vivo, a vida tendo suas próprias condições de evolução; a economia que o mostra como produtor, cujo trabalho depende do seu modo de produção e a filologia que o mostra como falante, tendo cada língua suas próprias regras (Araújo, 2001, p.103).

O *a priori* histórico das ciências humanas é a própria história. Como elas não conseguem superar as aporias dicotômicas nomeadas como sendo os "[...] duplos empírico-transcendental, *cogito*-impensado" (ibidem, p.107), recuo e retorno da origem não se desenvolvem em termos de normalidade, pois não se fundamentam em métodos e resultados confiáveis, nem elaboram conjuntos de teorias e leis precisas e paradigmáticas, mantendo-se num estado de dispersão. Sua importância, plausibilidade e credibilidade estão profundamente relacionadas com o poder, mais do que com as ciências. Enquanto elas buscam explicar o que seria a essência humana, fazem apelo à representação, pois "[...] se todo conhecimento é obra do homem, essas formas de conhecimento não podem dizer o que ele é" (ibidem, p.109).

A crítica do sujeito em Foucault consiste em revelar que um certo sujeito fundador estaria na origem das filosofias e dos saberes das ciências humanas antropologizantes: elas buscariam encontrar um sentido para o ser humano e, portanto, não podem atingir o estatuto de ciências. Podemos dizer que o Foucault da arqueologia fez sobretudo a crítica ao sujeito epistêmico, ao sujeito do conhecimento, o que também inclui o sujeito do *cogito* (Guedes, 1977). Esse sujeito

intensamente criticado também parece ser sinônimo de ser humano e de indivíduo, de sujeito social historicamente constituído. O Foucault da genealogia apresenta, por seu lado, o que se pode denominar de processo disciplinar de normalização do sujeito (Araújo, 2001, p.110-122). "Ao lado da crítica do sujeito, Foucault alinha a genealogia e a crítica do sujeitamento, ou se essa palavra soa mal, a crítica da sujeição" (ibidem, p.110).

Poderes e saberes: a microfísica como plano de fundo das ciências humanas

Foucault detecta um poder normalizador que emprega "disciplinas" e ciências humanas para operar um processo de fabricação do ser humano como indivíduo, ou como sujeito individual. Há tanto práticas discursivas ou epistêmicas quanto disciplinares funcionando de modo a objetivar o sujeito. O indivíduo normalizado resulta de relações entre saberes e poderes, discurso e verdade:

> No cruzamento dessas relações aparecerá, a partir de fins do século XVIII, a figura do indivíduo fabricado por relações entre saber e poder que pretendem extrair uma verdade absoluta sobre ele, do tipo científico como as ciências humanas, e especialmente as ciências com radical "psico", mas também por certo um saber jurídico e pela acentuada medicalização que vimos experimentando em nossa sociedade. (ibidem, p.110)

A sociedade da norma fixa os indivíduos ao aparelho de produção capitalista e também a micropoderes que penetram seu corpo, organizam seu tempo e formatam toda sua existência.

> O capitalismo forjou toda uma série de técnicas de poder para ligar o indivíduo ao trabalho, para torná-lo força realmente produtiva. É esse tipo de poder que demanda toda uma série de saberes acerca do indivíduo e produz o homem como objeto de saber. (ibidem, p.110)

A sociedade disciplinar é a produtora do indivíduo moderno, a partir do dispositivo panóptico (Bentham et al., 2008) que se encarnou de modo exemplar na prisão e em outras instituições tais como a escola, a fábrica e o quartel, nas quais predominava a vigilância, o controle, o exame, a correção modeladora e contínua, o enquadramento na norma. O poder disciplinar não necessariamente oprime, mas produz, fabrica indivíduos.

> Ao lado da norma (sanção normalizadora) e da vigilância (hierárquica), há um terceiro mecanismo disciplinar que combina os dois primeiros: o exame, que domina e objetiva. Seus frutos mais nobres são a psicologia, a psiquiatria e a sociologia. Nesses saberes há poder, pois o saber é recolhido na forma de registros, dossiês, interrogatórios, questionários, projeções estatísticas; todos eles resultando em observações rigorosas guiadas pelo critério da normalidade. (Araújo, 2001, p.116)

As técnicas de exame procuram objetivar o comportamento ao mesmo tempo que o sujeitam, o aumento de poder corresponde a um aumento de conhecimento, sendo que as ciências da Medicina Clínica, da Psiquiatria, da Psicologia Infantil, da Pedagogia, a racionalização do trabalho encontrariam aí seu solo.

Os procedimentos disciplinares normalizadores fazem funcionar na sociedade certas relações de saber e poder que formatam e condicionam o comportamento do indivíduo, tornando-o mais produtivo. "Não há sociedade sem mecanismos de poder e não há poder que se sustente sem produção de verdade" (ibidem, p.117). A sociedade disciplinar privilegia a norma, a vigilância e o exame, além de uma verdade de matiz predominantemente técnico-científica sobre o sujeito individual. A perspectiva de Foucault acentua que as relações entre saber e poder são produtoras de verdade, mais particularmente, da verdade ocidental que propõe que o ser humano é um sujeito social individual, sujeito sujeitado por práticas disciplinares.

Podemos acompanhar o debate sobre o problema da "verdade do sujeito" (ibidem, p.118-22) no pensamento de Foucault. O sujeito se

constitui de si para si no que se denominaria de uma injunção geral à confissão – importante tecnologia subjetivadora – e pela ação das ciências humanas que confeccionam um tecido social em cuja trama os fios principais seriam as relações de saberes/poderes produtoras do sujeito.

> As ciências com radical "psico", além de objetivarem o indivíduo e produzirem o sujeito objetivado como resultado das tramas e das relações entre saber e poder, são ciências que, ao lado da demografia, da estatística, dos cuidados governamentais com a vida, conduzem-no a pensar a si próprio como dotado de uma subjetividade. Biopoder sobre as populações e poder da confissão sobre o que cada um é, são formadores da verdade do sujeito. O primeiro permitindo a governabilidade e o segundo que uma verdade sobre o mais íntimo de cada um, seu "si mesmo", seja extraída. [...] Trazer à tona a sexualidade pela análise, segundo as ciências do psiquismo humano, libertaria ou pelo menos, em algumas leituras, enlaçaria o sujeito com sua verdade de ser desejante. (ibidem, p.118-9)

Mas, para Foucault, a sexualidade definitivamente não contém a chave do enigma da verdade sobre a existência humana. Ela é apenas um dispositivo histórico que permite atender à demanda de uma verdade confessada, tal como pode ser localizada nos discursos científicos da Medicina, da Pedagogia, da Psicologia Clínica, em certas psicanálises, na literatura de autoajuda (Benelli, 2009). As diversas práticas discursivas construídas sobre a temática da sexualidade não produzem pretensos efeitos capazes de suspender uma suposta repressão sexual, mais especificamente, funcionam de modo a instigar e modelar a verdade de cada um. Nesse sentido, Araújo (2001, p.119) afirma que a Psicanálise de Freud teria disparado uma proliferação do discurso, da teoria, do saber e da ciência sobre a sexualidade[2].

---

2 É importante considerar que isso se deve, sobretudo, também ao que outros fizeram com a obra de Freud, pois, para ele, a questão principal da Psicanálise é o inconsciente, de acordo com Roudinesco e Plon (1998, p.603-5). Sobre

Então, para Foucault, a verdade não é necessariamente libertadora, pois ela está presente nos discursos científicos, que são produzidos e atravessados por relações de poder.

> Os indivíduos passam a ser sujeitos sujeitados, constituídos enquanto 'sujeitos' nos dois sentidos da palavra: sujeitados ao outro porque é ele que produz a verdade sobre o que é o sujeito mesmo. E também sujeitados a pensar a si mesmos enquanto sujeitos, isto é, dotados de um eu específico, do fundo do qual brotam ações individuais [...]. Desse modo, o sujeito é objetivado por ciências humanas que o examinam e normalizam e subjetivado por ciências confessionais que vão até o fundo do ser para extrair sua "verdade". (ibidem, p.119)

Não estamos diante do ser humano tal como produzido pelo ideário liberal clássico? Ser humano que se produz e se pensa como indivíduo, como sujeito racional, único, como senhor dos seus atos e, portanto, dotado de consciência, de vontade e de liberdade? Ser humano liberal dotado de "personalidade" própria, enquanto espaço psicológico interno, interior, como intimidade psicológica pessoal original?

A interpretação científica se apropria do sexo, do sentido, da memória, do pensamento, constituindo assim o sujeito e sua verdade, que estaria oculta e seria desconhecida por ele mesmo. Ora, mas o sexo mesmo não estaria, para Foucault, dotado de nenhuma propriedade inerente e intrínseca quanto à verdade do sujeito. O saber/poder disciplinar, o biopoder normalizador cria relações,

---

isso, consultar o verbete "sexualidade" em Kaufmann (1996, p.467-72) e em Roudinesco e Plon (1998, p.704-705). Sobre as relações entre a Psicanálise e a Sexologia, ver Kaufmann (1996, p.726-8) e Roudinesco e Plon (1998, p.701-3). Houve um processo histórico de redução e de recuperação da Psicanálise de Freud que visou transformá-la num campo disciplinar, reduzindo-a a uma modalidade de Psicologia, deixando de ser, portanto, Psicanálise *stricto sensu*. O "retorno a Freud" (Jorge, 2008) proposto por Lacan pretendeu discutir e problematizar essas questões, explicitando as dimensões propriamente disruptivas e críticas da Psicanálise.

induz à verdade e, do mesmo modo, produz subjetividade, sujeitando o ser humano à verdade científica.

Se as tecnologias de saber/poder promovem a dominação normalizadora e as tecnologias do eu produzem os indivíduos e os grupos governáveis, tais processos engendram focos de resistência, de sabotagem, de criação de outras modalidades de existência. Onde há poder, há também contrapoder, relações nas quais o parâmetro é buscado em atos de liberdade, que seriam pautados pela ética, ao invés da hermenêutica. Mas, com isso, ainda não estamos no âmbito da vontade consciente e racional apenas?

As figuras históricas do sujeito: problematizações em torno das práticas sexuais

Araújo (2001, p.123-168) aborda o tema da "subjetivação pela sexualidade" nas últimas obras de Foucault:

> Nos últimos escritos, a preocupação de Foucault volta-se para a experiência da sexualidade, região em que certos saberes, normas e formas de subjetividade permitem que os indivíduos se reconheçam como sujeitos de uma "sexualidade". Na modernidade, as práticas de si, por meio das quais se constitui a subjetividade, não dispensam a ciência da sexualidade. Nosso "conhece-te a ti mesmo" passa pelas práticas médicas, psicanalíticas, psicológicas, pelas análises e terapias que dizem respeito ao nosso mais íntimo, que não deixa de ser, justamente, nossa sexualidade. É a história desse movimento do conhecimento de si e de suas manifestações que Foucault aborda nos três volumes de História da Sexualidade. (ibidem, p.123)

Araújo (2001, p.127) afirma que "para Foucault a realidade humana em uma dada época é constituída pelas relações entre verdade, poder e ética". Parece-nos que a "realidade humana" aqui fica limitada a um plano de análise social, cultural e histórica. Será então que Foucault não trabalharia com uma concepção moebiana

da realidade? Mas, afinal de contas, como se constituiria efetivamente isso que se pode chamar de "realidade humana"? Para Lacan, no registro da Psicanálise, essa "realidade humana" é construída e reconstruída por cada novo ente que vem ao mundo e advém humano ao ingressar no mundo simbólico. Por meio do que se denomina de *processo primário de constituição do sujeito* (Dor, 1989, p.77-88; Fink, 1998, p.71-92; Lacan, 1998b, p.96-103), esse ente adentra a realidade propriamente humana, que é um plano específico, permeado pelas instâncias do real, do imaginário e do simbólico, certamente também social, histórico e cultural, mas não exclusivamente. Talvez nesse sentido, podemos considerar que a subjetividade a que Foucault se refere estaria incluída nos processos de subjetivação que os seres humanos já constituídos subjetivamente continuariam a efetivar no plano social e histórico.

Essa distinção nos leva a uma pergunta: em qual plano de análise podemos situar as análises genealógicas de Foucault? Há historiadores que dizem que Foucault não é historiador, há filósofos que também o rejeitam no seu campo. Foucault afirma que se ocupa com o plano das *práticas sociais* históricas. Ele se posiciona fora do campo das ciências humanas e assim pode tematizar o plano transversal, complexo e múltiplo constituído por relações entre saberes e poderes enquanto produtores de sujeitos.

De um modo muito sintético, podemos dizer que no segundo volume da *História da sexualidade*, *O uso dos prazeres*, Foucault (1984) aborda o estilo de vida grego em suas práticas relacionadas com o sexo, tratando dos seguintes tópicos: cuidados com o corpo, com a casa e com a busca da verdade. Para os gregos, suas práticas sexuais eram parte de um *regime de prazeres* e suas elaborações éticas visavam orientar seu bom uso, sendo que deviam moldar para si uma vida bela, "uma estética existencial" (Araújo, 2001, p.130).

Nesse livro, Foucault (1984, p.11) se situa no campo histórico e pretende fazer "um trabalho histórico e crítico", tanto do "desejo" quanto do "sujeito desejante" e também da "sexualidade", pautando-se rigorosamente pelo plano das *práticas sociais*, culturais e históricas "[...] pelas quais os indivíduos foram levados a prestar atenção

a eles próprios, a se decifrar, a se reconhecer e se confessar como sujeitos de desejo, estabelecendo de si para consigo uma relação que lhes permite descobrir, no desejo, a verdade de seu ser [...]" (idem). Foucault pretende estudar como "[...] os indivíduos foram levados a exercer sobre eles mesmos e sobre os outros, uma hermenêutica do desejo [...]" e ainda como o "[...] indivíduo moderno podia fazer a experiência dele mesmo enquanto sujeito de uma 'sexualidade' [...]" (ibidem).

No terceiro volume da *História da sexualidade*, *O cuidado de si*, Foucault (1985b) apresenta a moral greco-latina que se configurou nos primeiros séculos da era cristã. As práticas morais dessa época incluíam e respondiam a um conjunto de problemas que já estavam presentes na Grécia clássica, mas que os latinos reelaboraram de outras formas, articulando uma ética de vida mais austera, ressaltando um voltar-se para si próprio, um ocupar-se consigo mesmo. Quando teve início a pastoral cristã, as práticas relacionadas ao sexo passaram a visar à *carne*, suporte do pecado e da culpa. A conduta sexual passou a ser objeto de uma preocupação e de uma vigilância intensa, sendo que o sexo se tornou aquilo que precisava ser confessado a partir de um padrão moral codificado e rígido que determinava o que fazer, pensar e sentir. A carne tornou-se então o lugar da concupiscência e do pecado, de onde "a necessidade de regras morais rígidas, caracterizando a substância ética de um indivíduo finito, imperfeito e originalmente pecador" (Araújo, 2001, p.125).

No volume *A vontade de saber*, Foucault (1982) trata da sexualidade na modernidade, apresentando uma instigante crítica à hipótese repressiva e aos seus supostos efeitos sociais. Para tanto, analisou o que chamou de *dispositivo de aliança* e sua articulação ao *dispositivo de sexualidade*. Para os modernos, suas práticas sexuais se articularam na emergência de uma *tecnologia do sexo*, no contexto do *dispositivo de sexualidade*.

> Nós, indivíduos modernos, somos em parte essa subjetividade confessante incapaz de ver que esse nosso modo de tratar e de levantar a sexualidade como questão urgente é apenas uma das voltas da

história do que temos inventado para dar a nós um si mesmo, uma identidade reconhecível, cognoscível, veraz, satisfatória. (Araújo, 2001, p.125)

Seria a "ciência da sexualidade" uma mitologia moderna por meio da qual o ser humano prossegue no seu esforço de elaborar e equacionar simbolicamente os enigmas de sua origem? Seria equiparável a ciência moderna e contemporânea aos mitos que se pensam a si mesmos, como propõe Lévi-Strauss[3]? Será que, tomada enquanto "jogo de verdade", a abordagem científica da sexualidade seria uma forma moderna de mito, de processo de simbolização do real? Nesse sentido, talvez pudéssemos dizer que a Psicologia, enquanto um dos saberes *psi* que compõem as ciências humanas, seria uma perspectiva sobre a natureza humana baseada na decifração de si na qual a verdade assumiu um papel epistemológico: trata-se de uma teoria com pretensões científicas que quer dizer qual é a verdade do ser humano, ao mesmo tempo que lhe impõe normas prescritivas de conduta, pretendendo normalizar e normatizar seu comportamento.

Foucault, a partir da genealogia, cria objetos conceituais para estudar aquilo que a ciência moderna formulou como sendo a "sexualidade". Procurando captar a experiência dos gregos, dos latinos e dos cristãos a partir deles mesmos, e não projetando sobre eles as perspectivas contemporâneas, Foucault subverte a história, mapeando e desvelando a singularidade das práticas sociais relacionadas com o que chamamos de "sexo" em outras épocas, tais como a Antiguidade greco-romana e o mundo medieval.

Visando entender as práticas sociais gregas relacionadas com a problematização ética, moral e gnoseológica do sexo, Foucault cunhou o conceito de *uso dos prazeres* enquanto uma modalidade singular de equacionamento simbólico do desejo sexual entre os

---

3 "Não pretendemos mostrar como os homens pensam nos mitos, mas como os mitos se pensam nos homens, e à sua revelia. E, como sugerimos, talvez convenha ir mais longe, abstraindo todo sujeito para considerar que, de um certo modo, os mitos se pensam entre si" (Sztutman, 2009, p.293-319).

gregos. Nessa equação grega, incluiu elementos tais como "o domínio ativo de si" (*enkrateia*) e o "autodomínio que implica em liberdade e ascese para a verdade" (*sofrosine*). Para os gregos, não havia "temperança ou virtude sem verdade. Para ser sujeito moral, há que ser sujeito de conhecimento" (Araújo, 2001, p.133).

Os gregos procuravam praticar a "justa medida", que corresponde a um tipo de orientação moral que promove uma existência conduzida esteticamente, uma arte de viver modulada pela temperança, liberdade e verdade. Mas não se trata, nesse caso, de obedecer a padrões ou ditames gerais, universais e coercitivos. "Trata-se de um saber/fazer iluminado pela verdade que conduz à vida bela" (ibidem, p.134).

Para apresentar a especificidade do modo greco-romano de problematizar sua atividade sexual nos séculos I e II da era cristã, Foucault formulou a ferramenta-conceito de *cuidado de si*. Nessa época, a preocupação moral centralizou-se não mais nos rapazes, mas na mulher. Surgiram os problemas relacionados com a virgindade, com a conduta matrimonial e com o amor recíproco (ibidem, p.137).

A *cultura de si* refere-se a um conjunto de práticas sociais relacionadas com o cultivo de si, com o fazer-se a si mesmo, com o transformar-se, o voltar-se para si, diríamos, a uma produção de si que utiliza a liberdade para tecer sua verdade e ser dono de si, o que é fonte de alegria e de prazer. "Enquanto os gregos se guiavam pela justa medida, para a cultura de si, o problema é justamente cuidar de si, para que a fragilidade do corpo não sofra com as consequências danosas que podem sobrevir da atividade sexual" (ibidem, p.144).

Com o advento do cristianismo, Foucault apresenta a formação de uma ética centrada na noção de pecado e tem início o processo de decifração dos movimentos da alma. Teria havido uma lenta passagem da cultura de si para a cultura cristã, havendo continuidades e rupturas, com emergência de questões singulares, de modo que a relação consigo na ética cristã revela um modo distinto de constituir-se como sujeito moral. "O sexo e os prazeres passam a ser encarados pela pastoral cristã como um mal a ser evitado, circunscrito, vigiado" (ibidem, p.145).

O cristianismo abordou e experimentou a atividade sexual como atividade da *carne*, outra categoria conceitual construída por Foucault para caracterizar a singularidade dessa modalidade histórica de produção de sujeito e de subjetividade. Os prazeres dos gregos transmutaram-se na carne, sendo que a prática do sexo passou a ser entendida como intrinsecamente má e pecaminosa. "Enquanto os gregos estilizavam sua conduta, os cristãos eram constrangidos ao cumprimento rígido de regras de uma moral unificada, coerente, autoritária e imposta da mesma maneira para todos" (ibidem, p.147).

Como o desejo sexual foi considerado pecaminoso, passou a ser necessário combatê-lo por meio do seu deciframento permanente, utilizando-se para isso a técnica da confissão, a vigilância sobre si, a obediência aos conselhos dos superiores e a prática da castidade, na qual se renuncia ao desejo e aos prazeres sexuais. Poderíamos dizer que a "mitologia" cristã em torno da problematização do sexo forjou outra maneira de se constituir a si mesmo como um sujeito de suas condutas sexuais. Foucault afirma que a moral cristã caracteriza a:

> [...] substância ética a partir da finitude, da queda e do mal; um modo de sujeição na forma da obediência de uma lei geral que é ao mesmo tempo vontade de um deus pessoal; um tipo de trabalho sobre si que implica decifração da alma e uma hermenêutica purificadora do desejo; um modo de realização ética que tende à renúncia de si. (Foucault, 1984, p.268)

A partir de meados do século XVIII, a ciência assumiu a confissão – que se tornou o elemento fundamental da moral cristã – convertendo-a num instrumento técnico, passando a funcionar como a matriz tecnológica do *dispositivo de sexualidade*. A partir de uma nova ruptura, passou-se da carne para o domínio da sexualidade e as ciências humanas emergentes passaram a empregar a verbalização confessional para promover a constituição do sujeito como sendo dotado de um "si próprio". Entrevistas, anamneses, questionários, interrogatórios os mais variados podem ser pensados como derivados da confissão. Esse "si próprio" remete à ideia de uma

interioridade psicológica, de um psiquismo, e também aos supostos objetos da Psicologia científica: consciência individual, personalidade, identidade, comportamento, conduta.

> No momento em que a ciência passa a tratar do sexo, está criado o domínio da sexualidade. A atividade sexual é vista sob o prisma das classificações em termos de normal-anormal, são-patológico. Requer a cura, a normalização. A sexualidade é um campo de significações a decifrar. (Araújo, 2001, p.150)

No volume *A vontade de saber*, Foucault (1982) investiga a sexualidade como um dispositivo histórico sustentado por discursos, saberes e poderes. O século XIX teria descoberto/inventado a *sexualidade* e o século XX teria buscado sua normalização terapêutica, descobrindo, finalmente, o *sexo*.

> O discurso sobre o sexo favoreceu mecanismos de poder em instituições, em grupos sociais e na medicina. Isto porque todos se apoiam em saberes técnicos, tais como questionários, classificações, exames transcritos em tabelas, gráficos comparativos que descrevem e analisam a *performance* de cada indivíduo. Todos eles estão, por isso mesmo, imbuídos de um poder que passa a funcionar precisamente ao apoiar-se em discursos sérios, de cunho técnico, com competência indiscutível. Trata-se de um poder sustentado e criado por esses mecanismos produtores de verdade. (Araújo, 2001, p.150)

Foucault (1982) afirma que o *dispositivo de sexualidade*, desde o século XVIII, teria elegido quatro focos principais: a) o corpo da mulher, que foi histerizado, recoberto de sexualidade pelo exame médico; b) o sexo infantil tornou-se objeto de intensa preocupação pedagógica, sendo cercado por cuidados e vigilância; c) o sexo no casal, buscando promover a natalidade e a descendência saudável; d) o mapeamento do prazer desviante e perverso, que passou a ser patologizado e alvo de processos classificatórios, estigmatizantes e normalizadores.

As ciências biológicas e humanas, médicas e psiquiátricas emergentes enunciam discursos sobre a sexualidade. Redes complexas de saberes e poderes se constituem, se reforçam, se legitimam, produzem e fazem circular a verdade, que então passou a ter um caráter acentuadamente epistêmico, científico. A sexualidade científica dispõe do sexo como algo a partir do qual o sujeito pode aceder a sua verdade, a sua subjetividade. Sendo tomado como um *objeto a ser decifrado*, o sexo unifica artificialmente a anatomia, as funções biológicas, as condutas e comportamentos, a personalidade e a identidade, inclusive os saberes e os prazeres. *A vontade de saber* expressa uma vontade de verdade, que é epistêmica, científica, e elegeu o sexo como a verdade mais profunda e íntima do sujeito. A confissão se transformou em refinadas tecnologias de extração de verdade.

Da sexualidade como dispositivo que arma, articula, recorta, desenha, produz, manipula, conhece e decifra o sexo como um novo objeto singular, emergirá por sua vez o *biopoder* como uma estratégia de gestão e administração das populações.

> Além dessa utilidade, o saber sobre o sexo conduz também, indiretamente, a uma moral: devemos ser sinceros, verdadeiros, nada esconder. Assim se constitui o eu do sujeito hoje: ao querer decifrar a verdade de nossos desejos, acabamos presas da relação de si para consigo, mediada por saberes e poderes produtores de nossa verdade. (Araújo, 2001, p.157)

Foucault contesta a hipótese repressiva quanto ao sexo, demonstrando que o poder não tem uma função meramente repressiva. Ele supera a noção jurídica do poder e avança para uma concepção do poder como estratégia microfísica, disperso por todo o tecido social, móvel, produtivo, relacional (Foucault, 1999c). "Como o poder se exerce em mecanismos múltiplos e até mesmo como vontade de verdade, não pode ser elidido, apenas desmascarado em seus efeitos, denunciado, talvez transformado por novos regimes de verdade" (Araújo, 2001, p.155).

Essa *vontade de verdade científica* instrumenta e autoriza juízes, médicos, professores, psiquiatras, assistentes sociais, pedagogos, psicólogos e educadores em geral a examinar com insistência as possíveis origens da delinquência, da marginalidade e do desvio patológico nos indivíduos. Assim se pode verificar como "[...] o dispositivo de sexualidade marca o sexo, seus desvios, desejos, prazeres, motivações, levando ao diagnóstico das personalidades 'desviantes' ou 'anormais'" (ibidem, p.156).

Foucault entende que a burguesia construiu o campo da sexualidade para si, e as técnicas subjetivadoras de extração da verdade que produzem o "eu" do sujeito moderno estavam reservadas exclusivamente para ela. As classes trabalhadoras estavam sujeitas às tecnologias objetivadoras de saber e poder, pois para elas "[...] havia os instrumentos do controle pedagógico, da medicalização das populações, do aparelho administrativo e técnico" (ibidem, p.159).

A própria hipótese repressiva – que não se sustenta historicamente – faz parte do jogo entre verdade e poder. "Se o poder não se revestir da armadura da verdade, se não vier embutido num discurso encarregado de exibir verdade, como faz o discurso científico, ele se dilui, perde eficácia. A verdade por sua vez, se não encontrar meios poderosos para se produzir e efetivar seu valor, se desvanece também" (ibidem, p.159-160).

As medidas sanitárias e profiláticas da saúde pública, os processos seletivos no mundo do trabalho, as campanhas educativas relacionadas com hábitos de higiene e preventivas em geral são ambíguas, pois estão atreladas ao saber técnico, competente e indiscutível dos especialistas, que normalmente sobrecodificam a verdade sobre os indivíduos e sua conduta, promovendo processos sociais subjetivantes. O biopoder investe sobre a vida das populações para cultivá-las e administrá-las:

> A sexualidade passou a ser requisitada pela sociedade que detém, por intermédio das políticas sociais, demográficas, médicas, sanitárias, um tipo de poder sobre a vida. Se o Estado não tiver uma política que resulte em conservação, prolongamento, controle da vida,

> dificilmente se sustenta. Importa conhecer o sexo para controlá-lo e por esse controle visa-se a vida das populações. (ibidem, p.161)

A Medicina, a Administração Pública, as medidas sanitárias, o controle de natalidade, ao mesmo tempo que pretendem prevenir e curar anormalidades, doenças e produzir saúde, espalham efeitos de poder por toda a sociedade enquanto produzem discursos que enunciam verdades tidas como absolutas e incontestáveis, com selo de garantia técnica e científica.

> As ciências sociais, as ciências demográficas e estatísticas visam o crescimento, a conservação e a saúde das populações. Ao mesmo tempo, o Estado, por meio de um poder racionalizado, técnico, controlador, penetra toda a vida do indivíduo, que se animaliza por meio de técnicas políticas refinadas. (ibidem, p.161)

O *biopoder* instrumentaliza a disciplina do corpo e o controle geral das populações, que, combinadas, permitem a emergência do que Foucault designou como sendo a "tecnologia do sexo". Por meio dela, o biopoder gere a própria vida, sendo que a sexualidade é, ao mesmo tempo, seu alvo, resultado e instrumento. "A confissão do sexo e os instrumentos de poder para disciplinar o sexo e com ele a vida, a saúde e a morte, são elementos da expansão do poder" (ibidem, p.162). Portanto, é porque o biopoder utiliza tanto o dispositivo de sexualidade quanto a tecnologia do sexo que o ser humano, na atualidade, experimenta, entende e pensa sua subjetividade como sendo eminentemente algo da ordem da "sexualidade".

Sintetizando a perspectiva foucaultiana relativa ao tema da subjetividade

Como vimos, Foucault é um pensador que pode nos fornecer interessantes subsídios para problematizar o tema da produção de subjetividade. Para ele, são práticas históricas analisáveis que

constituem o sujeito, há tecnologias da constituição de si que podem ser devidamente mapeadas: seria a história das subjetivações. Portanto, haveria processos formados por práticas históricas reais e variáveis que antecedem e constituem o sujeito. Foucault está interessado em construir uma genealogia dos processos de subjetivação, das distintas formas de "ser humano" que foram sendo produzidas ao longo do tempo. Ele estuda as práticas discursivas, de poder e de si por meio das quais os seres humanos se tornaram sujeitos de saber, de ações de poder e sujeitos éticos. É necessário considerar as práticas políticas disciplinares que produziram o ser humano como individualidade e como "ser psicologizado". É preciso compreender como o ser humano foi transformado num ser individualizado, sujeito e objeto de conhecimento, "sujeito de desejo", dotado de interioridade psicológica, cujo enigma da própria verdade se encontraria encerrado na sua sexualidade, "ser sentimental", guiado pelo sentimento como função orientadora na existência (Magalhães, 1987).

Michel Foucault se ocupou intensamente do tema da produção da subjetividade contemporânea. Seu pensamento pode ser entendido de acordo com três eixos principais: primeiro, o do conhecimento – que investiga como o ser humano, um sujeito empírico-transcendental, se tornou na Idade Moderna um objeto de conhecimento; segundo, o do poder – que analisa como as estruturas modernas do poder conduziram o indivíduo à sujeição: a individualidade seria tanto o objeto-efeito do poder quanto o objeto-efeito do conhecimento; terceiro, o da ética – que analisa as formas nas quais os indivíduos podem e devem reconhecer a si mesmos como sujeitos. Para Foucault, o objetivo da Filosofia hoje não consiste em descobrir o que nós somos, mas conceber outra forma de subjetividade (Machado, 1981).

Quando Foucault (1982, 1999a, 1999b) analisa o poder, ele o estuda visando explicitar por meio de análises minuciosas e precisas como funcionam as práticas políticas disciplinares que, numa determinada sociedade, produzem o sujeito como individualidade. Apesar de Foucault ter dedicado sua atenção ao que atualmente chamamos de "análise das instituições", ele não limitou suas pesquisas

ao estudo delas, preferindo privilegiar o desenvolvimento das tecnologias de poder (Dreyfus; Rabinow, 1995, p.126). Seria preciso então analisar as instituições a partir das relações de poder.

Foucault (1999c) demonstrou que as relações de poder/saber, consideradas como práticas, realizam, simultaneamente, tanto a produção de conhecimentos específicos sobre o ser humano quanto a produção técnica para lidar com ele no interior de um determinado conjunto de instituições. É nessa articulação entre saber e poder, na intersecção dessas duas práticas sociais, que se produz o sujeito, pois quando se objetivam certos aspectos do ser humano é que há possibilidade de organizar-se uma manipulação técnica institucionalizada dos indivíduos. E o contrário também se verifica, pois é necessário que haja um conjunto de práticas institucionalizadas de manipulação dos indivíduos como condição para sua objetivação científica. Nesse caso, poderíamos falar mesmo de uma articulação imanente entre "saberes", "fazeres" e "objetos", ou do imbricamento dos planos "teórico-técnicos" com "poderes" produtores de sujeitos objetificados.

Foucault estudou as condições práticas e históricas de possibilidade da produção do sujeito através das formas de subjetivação que constituem sua própria interioridade, analisando a forma de sua experiência de si mesmo. Ou como Foucault (apud Larrosa, 1994, p.42) mesmo escreveu:

> Trata-se de estudar a constituição do sujeito como objeto para si mesmo: a formação de procedimentos pelos quais o sujeito é induzido a observar-se a si mesmo, analisar-se, decifrar-se, reconhecer-se como um domínio de saber possível. Trata-se em suma da história da "subjetividade", se entendermos essa palavra como o modo no qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade no qual está em relação consigo mesmo.

A ontologia do sujeito é, para Foucault, a experiência de si, que ele denomina como "subjetivação", enlaçando "subjetividade" e "experiência de si mesmo". Há um sujeito porque é possível traçar

a genealogia das formas de produção dessa experiência. Essa experiência de si não é algo que permaneceria imutável, como se fosse um objeto com estatuto ontológico, através de suas diversas representações. Pelo contrário, é a experiência de si que constitui o sujeito, o eu enquanto si mesmo.

Foucault indaga como essa experiência de si foi produzida, pesquisando os mecanismos específicos que constituem o que é considerado como o subjetivo. Portanto, para ele, estudar a subjetividade na sociedade ocidental é analisar a história das diversas formas da experiência de si que nela emergiram. O sujeito, sua história e constituição como objeto para si mesmo, são inseparáveis das "tecnologias de si", aqueles modos pelos quais um indivíduo estabelece uma relação consigo mesmo. Segundo Foucault (apud Larrosa, 1994, p.56), são aquelas práticas

> [...] que permitem aos indivíduos efetuar, por conta própria ou com a ajuda de outros, certo número de operações sobre seu corpo e sua alma, pensamentos, conduta, ou qualquer forma de ser, obtendo assim uma transformação de si mesmo com o fim de alcançar certo estado de felicidade, pureza, sabedoria ou imortalidade.

Ou ainda como:

> Os procedimentos, tal como existem, sem dúvida em qualquer civilização, que são propostos ou prescritos para os indivíduos para fixar sua identidade, mantê-la ou transformá-la em função de um certo número de fins, e isso graças a relações de domínio de si sobre si ou de conhecimento de si por si. (Foucault, 1997, p.109)

Foucault (1995) afirma que em suas pesquisas detectou três modos pelos quais os seres humanos tornaram-se sujeitos: as *práticas científicas* que objetivam o ser humano como sujeito falante, produtivo e vivo; as *práticas divisoras disciplinares e punitivas* que dividem os indivíduos tanto no seu interior quanto em relação aos outros; as *práticas subjetivadoras* que permitem ao ser humano reconhecer-se

como sujeito de "sexualidade", subjetivando-se como ser sexuado. O sujeito moderno seria efeito de processos de normalização social e da gestão estatal dos seres humanos, visando a sua utilização ótima. É o poder disciplinar que organiza a sociedade moderna.

> Esta forma de poder aplica-se à vida cotidiana imediata que categoriza o indivíduo, marca-o com sua própria individualidade, liga-o à sua própria identidade, impõe-lhe uma lei de verdade, que devemos reconhecer e que os outros têm que reconhecer nele. É uma forma de poder que faz os indivíduos sujeitos. Há dois significados para a palavra sujeito: sujeito a alguém pelo controle e dependência, e preso à sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento. Ambos sugerem uma forma de poder que subjuga e torna sujeito a. (ibidem, p.235)

Assim, Foucault afirma que existem três domínios possíveis para a genealogia: ela se ocupa com as *formas de relação com a verdade*, produzindo uma ontologia histórica do ser humano em relação com a verdade que o constitui como sujeito de conhecimento; ocupa-se também com as *formas de normatização*, cartografando os modos como o poder disciplinar produz o ser humano como sujeito que atua sobre os outros; ainda estuda as *formas de subjetivação*, produzindo uma ontologia histórica do ser humano em relação à ética através da qual ele se constitui como sujeito moral, numa hermenêutica de si.

Como se produzir como sujeito ético fora dos regimes teológicos e científicos? Como inventar outros modos de existir? Foucault propõe o que se passou a denominar de paradigma ético-estético-político: construir uma vida filosófica, através do trabalho do pensamento (trabalho sobre si, apropriando-se do sistema de regras que constitui o ser humano e imprimindo-lhe um novo sentido). Às técnicas de extração da verdade, ele opõe uma ética da busca e da produção da verdade: encontra nos gregos da Antiguidade uma atitude autenticamente libertadora. A "estética da existência" se apoia sobre um potencial de resistência do sujeito a um poder jamais erradicável e promete uma coragem da verdade (Gros, 2004) construída sem

confissão nem justificação. A verdade consiste, nesse caso, numa afirmação de si tanto quanto na produção de um modo de vida digno de ser vivido.

Superando a alienação da confissão, o sujeito poderia aprender a reivindicar-se em sua própria singularidade. Lutando contra as formas de objetivação, normatização disciplinar e subjetivação que são hegemônicas no processo de produção da subjetividade na sociedade contemporânea, ele poderia superar o esmagamento provocado por uma imagem de si imposta pelo outro. A ética da coragem da verdade e a estética da existência tornam-se possibilidades de libertação: o sujeito poderia enunciar uma verdade sobre si sem culpabilidade nem inocência, entretendo uma relação verdadeira consigo mesmo. Subjetivar-se significaria então transformar a confissão em produção e exercício de si mesmo, escolhendo uma maneira de ser a partir de sua própria transformação. Esse enfrentamento de toda dominação é político no seu mais alto grau, enquanto tarefa de produzir-se singularmente, desprendendo-se do que os outros impunham que se fosse.

Considera-se a sociedade contemporânea como um tecido formado por uma rede de instituições sociais e os supostos conflitos entre sujeito e sociedade, indivíduo e grupo, sujeito e instituição, psique e ambiente seriam falsas dicotomias. Trata-se de falsos problemas: pois de acordo com a perspectiva foucaultiana se poderia dizer que só há realidade social, histórica e coletiva, na qual o indivíduo seria apenas um terminal de produção social. Os sujeitos seriam produzidos socialmente, no bojo de processos e práticas concretas, de práticas discursivas, na intersecção entre poderes e saberes, forjadores de modalidades históricas de subjetividade.

As práticas sociais, quaisquer que sejam, produzem subjetividade e subjetivação, produzem também dispositivos de subjetivação (Neves, s/d). A perspectiva foucaultiana considera a subjetividade não como um dado estático e natural, mas como algo que se constitui em processos fundamentalmente históricos. Um exemplo seria a cultura da formação capitalista liberal que modela e produz uma variação de subjetividade que culmina na categoria de indivíduo

"individualizado", autossuficiente, autoconsciente, senhor de si mesmo, o sujeito centrado no "eu. Assim, em termos mais amplos, se pode considerar a categoria indivíduo como a produção específica de uma modalidade de subjetividade.

A partir de Foucault, entende-se a subjetividade como produção de modos de existência, uma individuação particular ou coletiva, um modo intensivo. A subjetividade atravessa o indivíduo, de forma que ele possa se tornar um agente coletivo de enunciação, produzindo movimentos de singularização. Há individuação do tipo "sujeito", na qual modos específicos e normativos de ser, sentir, pensar e agir o produzem em determinado momento histórico.

Concluindo: algumas questões e problemas sobre o tema da subjetividade a partir de Foucault

Michel Foucault utilizou um conjunto de termos, os quais nem sempre parece ter elaborado e formalizado enquanto conceitos. Outras vezes, ele utilizou termos aos quais parece atribuir um significado conceitual algo problemático. Isso ocorre, por exemplo, com os termos "subjetividade", "saber", "sujeito" e "desejo", entre outros.

Embora Foucault trate das questões do sujeito e da subjetividade e procure demonstrar os modos de sua constituição histórica, entendemos que ele trata do *sujeito social*, do "ser humano" em diferentes modalidades sócio-históricas de possibilidade de existência. Ele permaneceria no plano social e histórico (Veyne, 1982) em suas análises sobre o ser humano e a subjetividade – como sujeito já constituído –, não se colocando, por exemplo, a existência do plano do inconsciente e dos processos específicos de constituição da subjetividade e das modalidades subjetivas, tais como formuladas e formalizadas pela Psicanálise do campo de Freud e Lacan (Lacan, 1979, 1998e; Olgivie, 1988; Fink, 1998, 2018; Elia, 2004; Cabas, 2009). Em seus textos sobre a subjetividade, Foucault parece ocupar-se apenas com seres humanos já constituídos subjetivamente, com pessoas adultas.

Uma das questões que me interessam é a seguinte: como um filhote humano, como um bebê advém humano? Certamente isso se realiza nos planos histórico e social, mas como isso acontece? Em Freud e Lacan, encontrei interessantes hipóteses que permitem pensar sobre o processo de constituição subjetiva dos bebês humanos.

Se, para a Psicologia, o termo "subjetividade" poderia ser sinônimo de "subjetivo", de "interioridade psicológica", de "plano mental" ou "psíquico" (Bernardes, 2007), para a Psicanálise do campo de Freud e Lacan, ele não se opõe ao "objetivo" nem se identifica plenamente com a ideia de psiquismo. Com esse termo, tomado enquanto um conceito específico e adjetivado, talvez fosse possível superar diversas antinomias que pululam no campo *psi*, pois entendemos que o sujeito está sempre inserido numa rede de conexões, numa trama complexa da qual o "social" e o "subjetivo" são partes indistintas e constitutivas, formando um "dentrofora" sem fechamento ou solução de continuidade. Inicialmente, podemos dizer que a subjetividade é um termo que engloba os modos históricos de ser, de pensar, de perceber e de agir do sujeito. A palavra "produção" remete ao seu caráter propriamente processual, histórico, social e dinâmico. É isso o que aprendemos com Foucault. Mas também aprendemos com a Psicanálise do campo de Freud e Lacan que há um processo primário de constituição subjetiva – que inclui necessariamente a consideração do plano do inconsciente – que permite que um ente que chega ao mundo como filhote humano possa aceder ao campo do simbólico, morada do ser humano por excelência. A subjetividade é constituída através e durante uma série de processos discursivos, não discursivos e éticos, que são históricos, culturais, inconscientes e também estruturais.

Em Foucault (1995, p.231), parece que, às vezes, o "sujeito" seria apenas o "indivíduo", outras vezes também parece sinônimo de "ser humano". Mas nos seus escritos encontramos ainda o "sujeito de conhecimento", o "sujeito transcendental", o "*cogito* cartesiano", que são veementemente criticados por ele, enquanto supostos referentes das inconsistentes ciências humanas, representando uma entidade fundadora e constituinte, racional e una, como poderia ser

uma consciência universal. Foucault descreve a história como um jogo de forças que estão em permanente combate, sendo que não haveria um sujeito transcendental que a constituísse como um processo progressivo e contínuo, partindo de um início incipiente que evoluiria em direção a algo melhor, mais desenvolvido e aprimorado, indo de um início tenro em direção ao ápice da plenitude. Foucault mapeia as emergências originais e descontínuas, acontecimentos únicos que constroem histórias múltiplas e fragmentadas. Ele cartografa a diferença em sua singularidade histórica (Deleuze, 1988).

Quando Foucault discute as questões entre o dispositivo de sexualidade e a Psicanálise[4], por exemplo, parece que sua noção do que seria o "ser humano de desejo" fica demasiado reduzida ao que poderíamos considerar um plano imaginário: se trataria apenas do desejo como desejo sexual, como movimento erótico no qual um indivíduo tomado por uma excitação sexual estaria em busca do orgasmo (Araújo, 2001, p.126-130). Mas o termo "desejo", tomado como conceito para a Psicanálise do campo de Freud e Lacan, inclui a crítica a essa perspectiva imaginária simplista e também outras questões mais amplas e complexas (Roudinesco; Plon, 1998, p.146-8).

O termo "saber" no pensamento de Foucault representa uma categoria fundamental (Guedes, 1977; Machado, 1981; Revel, 2005, p.77-9). As complexas relações entre o *pensamento* e o *saber* também ocupam um lugar importante na Psicanálise lacaniana (Milner, 1988). O tema do "saber" parece apresentar interessantes homologias entre o pensamento de Foucault e a Psicanálise do campo de Freud e Lacan. Notamos ressonâncias no "pensamento do fora"

4 Nossa hipótese é que as críticas de Foucault são muito pertinentes, sobretudo, para a "Psicologia do Ego", tal como apresentada e problematizada por Baratto e Aguiar (2007), sendo que há diferenças teóricas fundamentais entre essa concepção disciplinar da Psicanálise e a do campo de Freud e Lacan, que seria transdisciplinar. As importantes análises de Foucault sobre a Psicanálise oscilam ao longo de sua obra: às vezes ele ressalta aspectos que indica como relevantes para sua perspectiva e outras vezes a critica com veemência (Eribon, 1990, 1996a, 1996b; Foucault, 2002b; Teshainer, 2004; Camargo; Aguiar, 2009).

em Foucault e a questão do saber do inconsciente em Lacan. Além disso, de acordo com Iannini (2012, p.35):

> Em diversos momentos, Foucault mostra como surge no século XIX, com a passagem das práticas do inquérito ao exame, toda uma rede institucional à margem do sistema judiciário que tem não mais a função de "punir as infrações dos indivíduos, mas de corrigir suas virtualidades" (Foucault, 1999, p.86). A psicologia e a psiquiatria encontram aqui o solo de onde sua positividade nunca se desprende. (p.35)

Não parece evidente que a Psicologia, como ciência e fazer disciplinar, por exemplo, possua semelhanças radicais com o Judiciário. Mas quando adotamos um olhar genealógico (Foucault, 1999c), a Psicologia, como ciência e profissão, apresenta, de modo notável, formas de funcionamento judiciárias que podem ser visualizadas em suas tentativas de normalização de condutas e comportamentos e sua intencionalidade de instrumentalizar sobre os processos de subjetivação. A genealogia nos permite perceber as dimensões de vigilância, de punição, de modelagem e de modulação incluídas nos procedimentos clínicos que promovem tratamento, cura e educação.

O psicólogo-juiz recebe uma queixa-infração da normalidade social e instaura um inquérito psicodiagnóstico no qual pode examinar o indivíduo, considerado entre sintomático/infrator por meio de testes, de dinâmicas e de interrogatórios (anamnese), procurando elementos para formular um diagnóstico que pode ter valor de veredicto, pois rotula e enquadra o indivíduo em uma categoria fenomenológica, nosográfica/patológica, dizendo ao outro o que ele tem, nomeando para ele qual seria seu problema.

O diagnóstico tem características de uma sanção judicial, pois o psicólogo é uma autoridade em questões psicológicas, afetivas, emocionais, comportamentais e cognitivas; ele detém prerrogativas que lhe conferem um saber de mestria sobre o outro, podendo diagnosticá-lo e propor-lhe um determinado tratamento, com vistas a corrigir e resolver seu problema. O "saber científico do psicólogo" o autoriza a examinar, diagnosticar, prescrever tratamentos e a educar/tratar/

curar o outro. Ele tem autoridade para avaliar e julgar o outro na sua área de especialidade. Trata-se do psicólogo-juiz. A Psicologia, ignorando e desconhecendo seu próprio modo de funcionamento, que seria intrinsecamente judiciário, considera a Psicologia Jurídica como área de especialidade dotada de especificidade própria, fazendo dela mais um mecanismo disciplinar.

Como se pode notar, o pensamento de Foucault, dada sua perspectiva transdisciplinar, representa um conjunto de problemas muito pertinentes para a Psicologia e também para a clínica *psi* (psiquiátrica, psicanalítica e psicológica) (Foucault, 2004). Em nosso percurso formativo e profissional, como psicólogo clínico, temos procurado fazer caso de suas problematizações, o que exige implicações teóricas e éticas constantes.

2
Por uma Psicologia transdisciplinar e um psicólogo não normalizador no contexto das instituições públicas[1]

Problematizando a Psicologia como ciência disciplinar

"O triste é que o psicólogo, por alicerçar seu setor senão na teleologia, quer que o psíquico seja normal"

(Lacan, 2003a, p. 455)

Há um conjunto importante de críticas à Psicologia – localizada no bojo maior das ciências humanas – enquanto ciência e também enquanto profissão. As críticas feitas à ciência moderna também se aplicam à Psicologia, já que ela se alinha com as premissas e com as práticas metodológicas dessa forma de produção de realidade social e conhecimento (Guareschi; Hüning, 2005; Martins, 1978; Patto, 1997). A grande questão epistemológica e ética está no processo de objetificação que as ciências humanas em geral infligem ao ser humano, fazendo dele um objeto sobre o qual se pode estudar,

---

1 Uma versão inicial deste ensaio foi publicada como artigo em revista científica: Benelli, S. J.; Périco, W.; Costa-Rosa, A. Por um psicólogo não normalizador no contexto das instituições públicas. *Revista de Psicologia da Unesp*, v.16, n.1, p.1-17, 2017. Agradecemos aos colegas Waldir Périco e Abílio da Costa-Rosa por podermos utilizar esse artigo para compor este livro.

categorizar, intervir, modelar, formatar, docilizar, disciplinar, controlar, normalizar e, por fim, adaptar. Adaptação que é sempre em relação à opressão social instituída, ou seja, a favor dos interesses sociais e econômicos de uma minoria dominante. E, conforme é objetificado, o ser humano perde sua própria medida: sua condição de ser desejante-criativo, psicossocial e protagonista de sua história.

Os psicólogos são trabalhadores sociais tradicionalmente produzidos para atuar predominantemente como "técnicos da conduta" ou como "ortopedistas do comportamento" (Foucault, 1999c, p.244). O sentido de sua ação, os efeitos de suas intervenções, são hegemonicamente orientados pelos processos de normalização social, tal como mapeados por Foucault nos livros *O nascimento da clínica* (2004) e *Vigiar e Punir* (1999c). É importante ressaltar ainda que a Psicologia, como ciência disciplinar e ideológica, tem um papel social específico no processo de estratégia de hegemonia capitalista (Portelli, 1977), ou seja, ela funciona como uma prática social que se alinha com o ideal de extração da mais-valia na produção e no consumo, em favor dos interesses de uma classe socioeconômica dominante. Eles realizam uma prática que, contribuindo com a produção da alienação psíquica e social nos indivíduos componentes da grande massa, corrobora com a dominação de uma classe social sobre outra. Sua atuação está em sintonia com o contexto socioeconômico político e tecnológico vigente, configurada, portanto, sob os interesses privados do Modo Capitalista de Produção (MCP) enquanto pretende "fazer o bem ao próximo", "ajudar o outro", "tratá-lo", "curá-lo", "cuidá-lo", colocando o ser humano sempre no lugar de objeto de suas intervenções (Béria, 2014). Falta ao trabalhador psicólogo saber que "[...] não é querendo o bem das pessoas que se é bem-sucedido e que, na maior parte do tempo dá-se inclusive o contrário" (Lacan, 2006a, p.18). Isso nos mostra que o psicólogo, sendo um trabalhador alienado, desde a sua formação, tanto não conhece a natureza do processo de produção do qual faz parte, quanto a natureza (ético-política) dos efeitos que produz (Périco, 2014).

A partir de tais considerações, algumas indagações se nos apresentam: seria possível uma Psicologia não disciplinar e alienante?

Como seria um psicólogo não normalizador? Seria possível uma Psicologia não disciplinar no sentido em que Foucault (1999c) demonstra que as ciências humanas são produtoras de subjetividades capitalísticas/alienadas, fazendo do ser humano um indivíduo sujeito/assujeitado? E, ainda, no que diz respeito à dimensão propriamente clínica, é possível uma "terapêutica" que de fato possibilite o equacionamento dos impasses que se apresentam nos consultórios particulares e, especialmente, nos estabelecimentos institucionais públicos de atenção ao sofrimento psíquico, para além das práticas curativas "tamponantes" operadas pelo paradigma de atenção hegemônico[2]?

É partindo da Psicanálise do campo de Freud e Lacan, – bem como, *e necessariamente*, de outros referenciais –, que propomos outra via para a Psicologia, que possibilitaria a superação desses efeitos sociais disciplinares, normalizadores e alienantes. Ressaltamos, portanto, a necessidade da construção de uma *outra* prática social para o trabalhador psicólogo, agora no sentido de outra modalidade de produção de saúde e subjetividade. Produção de "subjetividadessaúde"[3] singularizada se, e somente se, promovida pela via da protagonização do indivíduo e do *sujeito* (segundo a tese freudiana do indivíduo mais o inconsciente). Uma Psicologia precavida pela teoria, pela técnica e pela ética da Psicanálise (Costa-Rosa, 2012).

A imprescindível utilização da Psicanálise para a reformulação do campo de atenção ao sofrimento psíquico no contexto da Saúde Mental Coletiva (SMC) não poderia se dar "sem alguns conceitos chaves de uma ciência da história tais como 'ideologia', 'ciência',

---

2 A esse respeito, Costa-Rosa refere que "sob o pretexto da remoção sintomática, pela adição medicamentosa exclusiva ou preponderante, o mais comum é que as *terapêuticas do suprimento* reforcem o sentido tautológico já presente nas queixas e sintomas. [Não sendo ainda] [...] incomum que os sujeitos medicalizados [e/]ou submetidos às psicoterapias 'da consciência' percebam ressurgir, ou mesmo redobrar-se, a angústia do sintoma" [grifo nosso] (Costa-Rosa, 2011, p.754).

3 Costa-Rosa (2012) propõe o neologismo "Saúdessubjetividade" ou "subjetividadessaúde" para grifar o fato de que a produção de saúde está necessariamente imbricada com a produção de subjetividade.

relação entre ideologias teóricas e ideologias práticas, Aparelhos Ideológicos do Estado etc." (Evangelista, 1991, p.38). Os trabalhadores do campo da Atenção Psicossocial, aqui concebida para além das práticas da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb), podem encontrar importantes ferramentas para sua atuação na proposta de produção de uma subjetividade singularizante que comporte a Psicanálise do campo de Freud e Lacan como paradigma de uma ação transdisciplinar *necessariamente* potencializada pelas ferramentas do materialismo histórico, da Análise Institucional francesa (Lourau e Lapassade) e da Filosofia da diferença (Nietzsche, Foucault, Deleuze e Guattari), compondo os referenciais teórico-técnicos e éticos mínimos para a caracterização e a atuação do psicólogo no campo da atenção ao sofrimento psíquico no Paradigma Psicossocial (Costa-Rosa, 1999; 2000).

Longe de qualquer ecletismo superficial e apressado, convém explicitar que se trata de uma perspectiva teórica transdisciplinar – pois objetos complexos exigem também perspectivas complexas de abordagem – e é preciso notar que cada um desses itens que compõem os pressupostos teórico-técnicos adotados guarda sua especificidade própria, não podendo ser reduzidos a um denominador comum que apague seus aspectos irredutivelmente singulares e excludentes. Merece destaque o fato de que eles permitem a realização de níveis diferentes de análise, o que enriquece sobremaneira a compreensão dos fenômenos investigados, bem como a atuação (intercessão) junto a eles. Trata-se de operar com perspectivas teóricas, técnicas, políticas e éticas transdisciplinares que permitam a superação dos princípios disciplinares sujeito-objeto; doença-cura; normal-anormal; saber-poder; não saber-não poder; teoria-prática; pensar-fazer; planejadores-executores; teóricos-tarefeiros; produção de conhecimento-aplicação técnica; formulação teórica-manual/cartilha; problema simples-solução pragmática.

A subjetividade como um conceito paradigmático para (re)organizar o campo da Psicologia

Podemos nos perguntar: o que opera quando um psicólogo trabalha e atende a indivíduos ou a grupos? Quais seriam os parâmetros teórico-técnicos constitutivos do contexto e do processo de produção do atendimento psicológico? O que o psicólogo pensa que faz, quando atende? Como ele explica o que acontece no processo do atendimento que realiza? Como ele apreende teórica e tecnicamente os fenômenos com os quais lida? Com quais hipóteses trabalha? E como se instrumentaliza para realizar seus procedimentos? O que o profissional está fazendo quando atua enquanto psicólogo e trabalhador social, ou seja, o psicólogo conhece a natureza do processo de produção do qual faz parte bem como a natureza (ético-política) do produto dessa produção?

Nossa hipótese é de que, para podermos equacionar tais questões, seria importante discutir algumas concepções quanto ao termo e ao conceito de subjetividade. Atualmente, no campo da Psicologia, parece que se usa o termo "subjetividade" de modo um tanto amplo e pouco específico. Um exemplo disso nos parece o texto a seguir, de publicação recente por um órgão oficial da Psicologia no estado de São Paulo.

> Por detrás disso tudo, uma dimensão fundamental, muitas vezes pouco reconhecida ou colocada em análise: a dimensão subjetiva. São afetos, sentidos, concepções, ações, expectativas, convicções, projetos coletivos e individuais, sonhos, enfim. São os processos que constituem a subjetividade humana, ao lado de outros elementos que produzem esse momento histórico. A dimensão da realidade que a Psicologia busca compreender e analisar e em relação à qual nossa profissão atua. (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2014, p.3)

Mas o que compreenderia, afinal, de um modo conceitual e rigoroso essa questão nebulosa denominada de "dimensão subjetiva"? Não se poderia substituir o termo "subjetividade" nessa citação

por identidade, personalidade, interioridade psicológica, indivíduo, pessoa, sem maiores dificuldades? Talvez esse discurso oficial da Psicologia esteja influenciado pelo viés da Psicologia Sócio-Histórica (Bock; Gonçalves; Furtado, 2001; Gonçalves, 2010). Para tais autores, a subjetividade humana – centrada nos conceitos de consciência e historicidade – seria o resultado de um processo de síntese dialética, para a qual concorreriam tanto as condições objetivas, relativas às bases econômicas e sociais da realidade, quanto as subjetivas e individuais da existência. Não negamos a dimensão da consciência e muito valorizamos a perspectiva social e histórica. Mas a subjetividade humana, segundo a perspectiva que aqui propomos, não se limita a esses planos e eles não são suficientes para explicar seu processo específico de constituição. Consideramos a subjetividade a partir de uma perspectiva transdisciplinar, que inclui a dimensão social, mas não se restringe a ela.

Certamente, há uma Psicologia tradicional que postula que o ser humano é uma pessoa e/ou um indivíduo dotado de uma personalidade própria. O conceito de personalidade emergiu no campo da Psicologia no começo do século XX e nele podem ser incluídos outros tantos termos: caráter, consciência, interioridade psíquica, comportamento, conduta, "eu" autônomo, identidade consolidada, racionalidade, o "eu" consciente como fundamento autofundante de si e do mundo, o "eu" como instância plena, unificada e soberana (Bernardes, 2007, p.87-110).

A *Psicologia da personalidade* (Fadiman; Frager, 2002) se sustenta sobre uma noção de natureza humana essencial, inata, ideal e padronizada. Isso permite a formulação de processos de intervenção disciplinar (e não de intercessão simbólica como propomos para a prática do psicólogo psicossocial) que visam à adaptação do indivíduo ao meio social opressor, operando a partir de uma concepção funcionalista e sistêmica que cria e inventa os desvios, a anormalidade e a marginalidade. A personalidade pode ser pensada como uma organização relativamente estável da interioridade consciente individual que, de dentro da pessoa, determina seu comportamento e sua conduta. Essa Psicologia está alinhada de modo bastante claro

com a perspectiva do pensamento liberal que predomina na modernidade: o Estado liberal promoveu a construção do ser humano como indivíduo racional (Figueiredo, 1991) e, no plano da interioridade pessoal, ele precisa ser dotado de um "eu" consolidado, já que "evidentemente, é preciso haver um eu forte para ser um bom empregado" (Lacan, 2006a, p.28). No plano da vida pública, deve consistir num indivíduo pleno, unificado, racional, trabalhador, consumidor de produtos e contribuinte que paga impostos.

A Psicologia pode então estabelecer uma clínica fenomenológica baseada no olhar (Foucault, 2004), na observação, passando a estudar as ações, as condutas, os comportamentos, os movimentos, os relatos verbais, as medidas fisiológicas. A observação dos fenômenos psicológicos inaugura a psicometria e as estratégias de avaliação da personalidade por meio dos testes psicológicos. Os conceitos de personalidade e de identidade – alinhados com as noções de pessoa, de indivíduo, de caráter, de índole – estariam em seu ocaso no campo da Psicologia como conceitos que embasam os princípios doença-cura e anormal-normal. Assim, do ponto de vista epistemológico, a Psicologia como um todo, no âmbito maior do discurso médico-positivista, encontra-se pautada pelo princípio sujeito-objeto.

De acordo com o senso comum, tanto o popular quanto, provavelmente, o de um conjunto de profissionais, pode-se pensar que psicólogos e psiquiatras tratariam, sobretudo, dos "loucos", dos "doentes mentais", dos desajustados de toda ordem e o psicólogo seria antes de tudo um clínico – muito semelhante ao médico – que receberia individualmente pessoas na sua sala de atendimento para ali fazer um trabalho terapêutico. O que se supõe que ele faria lá no seu "consultório", envolvido numa aura algo misteriosa? O psicólogo seria um especialista sobre as causas ocultas – e talvez profundas e secretas – relacionadas com o comportamento considerado anormal, desajustado, desviante, desadaptado ou apenas inadequado, apresentado pelas pessoas. Supostamente, ele entenderia de depressões, de problemas emocionais, de carências afetivas, de causas da indolência, de sofrimentos psíquicos diversos, das razões de atitudes rebeldes e insubordinadas, de hiperatividade, de falta de

limites, de dificuldades de aprendizagem, de condutas inadequadas, de intolerância à frustração, de baixa autoestima, de problemas da personalidade. Ele, a partir dos seus conhecimentos científicos sobre a personalidade e as causas do comportamento dos indivíduos, por meio de suas consultas e sessões de terapia, poderia tratá-las, trabalhando com elas suas questões afetivas, emocionais, sexuais e comportamentais. É preciso, forçosamente, considerar que, ao procurar intervir nessas questões, esse psicólogo estaria atuando no plano da consciência racional do indivíduo, considerando-o na acepção social liberal mais tradicional que concebe o ser humano como um ser composto por uma consciência racional capaz de conhecer, por uma área emocional dotada de vontade e, finalmente, por suas capacidades de agir e de fazer as coisas. Esse ser humano seria dotado de habilidades e aptidões que precisariam ser desenvolvidas. Pensamento, emoção e ação caracterizariam esse indivíduo. Espera-se que as pessoas que passam pelo tratamento psicológico oferecido "melhorem", se tornem mais conscientes, maduras, equilibradas, obedientes, sabedoras dos seus limites e das suas possibilidades, bem-comportadas, dotadas de uma vontade forte, capazes de agir com conhecimento e com determinação, sendo mais bem ajustadas à sua realidade e também mais felizes.

O tratamento psicológico pode receber vários nomes: terapia, psicoterapia, ludoterapia, sessões de atendimento individual e/ou grupal, nas quais se trabalha, sobretudo, por meio da conversa, do diálogo e da interação entre o psicólogo e o indivíduo e/ou o grupo, com foco nas relações interpessoais (Cordioli, 2008). Explora-se o plano relacional, afetivo, emocional e racional, por meio da fala, de ações, de gestos, de trabalho corporal e de técnicas de dinâmica de grupo, visando lidar com os supostos "problemas psicológicos". Esse diálogo ainda pode ser não diretivo, pode utilizar material gráfico, brinquedos, oficinas, pode ser de aconselhamento, de reflexão, de partilha de problemas entre terapeuta e paciente, pode visar a uma busca conjunta de alternativas e de soluções para encaminhar as questões problemáticas trazidas por quem está em atendimento. Nessa perspectiva, pensa-se ainda que o psicólogo deveria cuidar da

prevenção, realizar procedimentos de intervenção e de tratamento que promovam a reabilitação psicológica e a reinserção social, trabalhando para auxiliar o indivíduo a ser uma pessoa mais integrada, feliz e realizada, tornando-se capaz de superar suas dificuldades pessoais e atuar de modo eficiente e adequado na vida social comum.

Tem-se o direito de exigir dessas práticas que promovam efeitos de outra natureza, posto que fundadas no saber oficial (Gonçalves, 2010). Seria preciso que o psicólogo, na sua atuação, substituísse os eixos eu-realidade e carência-suprimento por outros capazes de girar em torno dos conceitos de sujeito-desejo e carecimento-ideais (Costa-Rosa, 1999, 2000), que podem ser propostos como uma bússola capaz de desalojar os procedimentos de alienação e tutela e substituí-los por outros em que a implicação subjetiva por singularização que lhes corresponde possa ser fim e horizonte.

Um novo conceito paradigmático estaria emergindo na Psicologia enquanto (*outra*) ciência e profissão, talvez com a capacidade de reorganizar esse campo. Trata-se do conceito de *subjetividade*, que vem acompanhado das noções de sujeito, de singularidade, de subjetivação, de processos de subjetivação (Costa-Rosa, 2013b; Périco, 2014). No entanto, para sermos mais precisos, ainda é necessário situar que tais conceituações advêm de um campo específico, a saber: da Psicanálise do campo de Freud e Lacan.

Assim como o *indivíduo* está para os termos de "personalidade" e "identidade", caracterizando um ser racional moralizado, normalizado, com uma interioridade psíquica (supostamente) independente e autônoma e não social, o *sujeito* do [desejo] inconsciente está para o termo "subjetividade", incluindo as dimensões históricas, sociais, políticas e especificamente, a psíquica. Mais uma vez propomos uma contraposição dialética: o *indivíduo* está para normalização/adaptação assim como o *sujeito* está para singularização.

Nossa hipótese, a partir da concepção do que seja um psicólogo psicossocial, é de que o seu trabalho deve considerar a *dimensão subjetiva desejante* ou a *realidade psíquica* do ser humano em sua especificidade própria. Mas é preciso esclarecer que o subjetivo e a *subjetividade* não são sinônimos de interioridade psicológica, de um

espaço psíquico interno ao indivíduo, nem de consciência autodeterminada. Trata-se mais de considerar uma *realidade psíquica* de consistência moebiana, como propõe Lacan (Dor, 1995), a partir da qual não existiria uma realidade interna (subjetiva) como o contraponto a uma realidade supostamente externa (objetiva): haveria, portanto, um "dentrofora" constitucional e estrutural. A suposta realidade externa é também, e tão somente, a mesma realidade subjetiva imaginário-simbólica. Tais considerações representam implicações importantíssimas tanto na técnica quanto na ética que vão nortear o atendimento e a atenção como intercessão.

Uma *clínica crítica*, inspirando-se nos termos gregos "klinós", "klinamen" – que podem ser traduzidos por "um sobre o outro", "um sujeito inclinado sobre um objeto deitado" – é tomada na acepção de uma clínica da *inclinação e da bifurcação do sentido*, fazendo-o divergir. Busca-se fazer uma clínica da *escuta do significante*, ofertando uma possibilidade de transferência (sujeito suposto saber), efeito da alienação comum, mas deixando o outro falar, permitindo-lhe começar a produzir um outro saber, para além do lugar daquele que sofre passivamente. Não se trata de dizer ao outro o que ele tem, desde uma posição de mestria, pois o saber necessário não se ensina (Lacan, 1992), mas pode ser produzido unicamente pelo sujeito implicado em sua questão. O inconsciente é, pois, o não sabido, o impossível diante do qual o sujeito deve produzir um saber singular a partir da sua colocação no lugar do trabalho subjetivo do processo de produção.

Nesse sentido, numa *clínica crítica* se trabalha a partir de um plano teórico-técnico e ético-político específico, operando com os conceitos de sujeito e de subjetividade numa acepção bastante precisa. O sujeito não se reduz ao indivíduo e à sua personalidade, conduta, comportamento, razão e sentimento, nem tampouco ao ser humano como ator social, como cidadão no plano da política, nem ao sujeito do conhecimento como uma unidade racional. A subjetividade não se limita ao plano psicológico, ao psíquico entendido como interioridade psicológica (consciente), nem se esgota no campo social e histórico. Na perspectiva da Psicanálise, ela inclui necessariamente

esses campos e o plano do sujeito do [desejo] inconsciente, o campo da linguagem, bem como os processos estruturais e lógicos de constituição primária da máquina humana de subjetivar, com seus impasses radicais e as diversas modalizações subjetivas e tipos clínicos deles derivados. Ainda resta dizer que a Psicanálise opera sobre o plano do humano nos registros do imaginário (que não se confunde com a "cultura"), do simbólico (que não é a imaginação) e do real (que não coincide com aquilo a que visa a Física).

Encontramos na Psicanálise de Freud e Lacan uma teoria que demonstra como a realidade subjetiva se constitui primariamente e se processa no bojo mesmo da realidade social e histórica e, concomitantemente, constitui essa mesma realidade. Trata-se de uma singular, complexa e ampla Teoria sobre a Subjetivação. Entendendo como os fenômenos psíquicos se constituem na sua processualidade complexa e específica, em seus múltiplos movimentos e vicissitudes, impasses e modalizações, o psicólogo poderia situar-se adequadamente na escuta, no trabalho clínico e social, buscando promover *processos de subjetivação e de singularização* que permitam o equacionamento tanto de impasses psíquicos quanto das emergências relacionadas com transformações subjetivas e sociais, a partir da implicação subjetiva e sociocultural (Costa-Rosa, 2000).

Por uma perspectiva psicanalítica dos processos de subjetivação na Atenção Psicossocial

Qual seria a clínica pertinente para a Atenção Psicossocial, no âmbito da SMC? O campo social, sem dúvida, consiste no âmbito geral no qual se manifestam os fenômenos psíquicos. A Atenção Psicossocial pleiteia uma concepção de "Saudessubjetividade" ampliada que inclui de modo decidido diversas dimensões suplementares do ser humano: biológica, psíquica, social, política e cultural. Busca superar o que se costuma designar como "concepções ontológicas universais", certamente patologizantes, normalizadoras e alienantes, que predominam em abordagens médicas, psiquiátricas

e também psicológicas caracterizadas pelo Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM)[4]. Interessa uma clínica para além do Discurso Médico (Clavreul, 1983), que possa superar o discurso psicologizante e os princípios disciplinares doença-cura e anormal-normal, fundamentado na observação, na descrição e na medicalização/psicologização: para além do que Foucault (2004) chamou de "clínica do olhar". Uma clínica que leve em consideração a dimensão fundamental da subjetividade, que a Psicanálise propõe ser a dimensão desejante[5], plano da linguagem (simbólico) que possibilita ao sujeito os equacionamentos necessários às injunções constantes da vida cotidiana (que incluem o "real pulsional"), considerando os seus diversos modos de sofrimento, bem como os respectivos e possíveis modos de intercessão por parte do profissional-intercessor. Se o psicólogo disciplinar cabe ao PPHM, um psicólogo

---

4 Situamo-nos a partir da proposta de análise de Costa-Rosa (2000) sobre os paradigmas de atenção ao sofrimento psíquico no campo da SMC. Essa leitura versa, por um lado, sobre o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), como o conjunto de práticas de atenção ao sofrimento psíquico hegemônico, baseado, sobretudo, 1) na visão de ser humano biologizante (médica), 2) nas modalidades verticalizadas das relações institucionais, 3) na relação com a clientela (população e sujeitos do sofrimento) e 4) na produção de subjetividade capitalística/adaptada enquanto efeitos (ético-políticos) de suas práticas. Por outro lado, o autor descreve o Paradigma Psicossocial (PPS) como paradigma que desponta dialética e radicalmente alternativo ao seu antípoda: partindo das inovações iniciais de várias propostas de reformas no campo da SMC em vários países (Flemming, 1976), bem como de referenciais teórico-técnicos e éticos transdisciplinares (Psicanálise, materialismo histórico, Análise Institucional francesa e Filosofia da diferença), o PPS tem como princípios 1) a visão de sujeito complexo (sujeito entre social – "existência sofrimento" – e ser de sentido entre significantes), 2) as modalidades horizontalizadas das relações institucionais, 3) a relação com a clientela (população e sujeitos do sofrimento) e 4) a produção de subjetividade desejante/singularizada no que diz respeito aos efeitos (ético-políticos) de suas práticas. Para um exame mais detalhado desta proposta de análise dos paradigmas de atenção na SMC, confira Costa-Rosa (1987,1999, 2000, 2011, 2011b, 2013a) e Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003).

5 A dimensão desejante, tal como concebe a Psicanálise do campo de Freud e Lacan, é o que faz frente à dimensão gozante e angustiosa, presente nos sintomas como *isso-que-faz-sofrer*.

que pretenda se situar nos horizontes do Paradigma Psicossocial (PPS) deverá ser precavido, fundamentalmente, por uma Teoria da Subjetivação, bem como, por consequência, uma teoria e uma técnica de intercessão nos impasses subjetivos que a ele se apresentam, nas demandas de tratamento dos sujeitos do sofrimento, no dia a dia de sua prática. Esse novo psicólogo será designado com o adjetivo "psicossocial", dado a uma nova ética que estará no horizonte de suas ações (Costa-Rosa, 2013c).

Cada vez mais, os trabalhadores que atuam em estabelecimentos da SMC se deparam com sujeitos que são realmente acometidos por intensos sofrimentos psíquicos, tais como as diversas possibilidades de psicose, autismo, neuroses graves, alcoolismo e toxicomanias, entre outros. A Psicanálise do campo de Freud e Lacan, ao trabalhar com a perspectiva dos processos de subjetivação do sujeito e com seus impasses – que não se confunde de modo algum com alguma clínica psiquiátrica/psicológica tradicional nem opera com a noção de "interioridade psicológica do paciente" – teria então uma contribuição fundamental nas possibilidades de produção de "subjetividadessaude" singularizada nesses casos em que se demanda a atenção. Casos, aliás, que, sendo deflagrados no contexto das contradições de uma dada formação econômico-social, também são reveladores dos seus impasses constitutivos (Costa-Rosa, 2012).

Os processos de subjetivação e de elaboração simbólica pelo sujeito são bem distintos de toda e qualquer "categoria ontológica e universal" e não se pautam, nessa clínica, por "mecanismos intrapsíquicos do indivíduo/pessoa", embora pareça ser assim. Além de uma dimensão sócio-histórica, sujeitos que se enfrentam com impasses bastante agudos nos seus processos de subjetivação demonstram a evidência de um plano especificamente psíquico e inconsciente, tal como postularam Freud e Lacan.

Para tais sujeitos, uma clínica avisada e precavida pela Psicanálise poderia ser operativa e útil, sem renunciar a outras mediações sociais importantes. Os seres humanos, os entes humanos, podem ser considerados sujeitos sociais no plano da política e do Estado de direito, são cidadãos e atores sociais, indivíduos, pessoas históricas.

Mas também comportam uma dimensão desejante inconsciente que inclui processos de subjetivação radicalmente singulares e específicos – mas que estão muito longe de serem óbvios e perceptíveis tanto para o senso comum quanto para os saberes disciplinares –, cuja desconsideração leva, "[...] como é comum na história dos homens, ao exercício de um poder" (Lacan, 1998b, p.592): ao poder que disciplina, aliena, psicologiza e "terapeutiza". Poder que, como afirma Foucault (1999c), olha e vê, assiste e protege, vigia e pune, educa e trata, cuida e cura, enquanto normaliza. Para além do indivíduo no plano fenomênico, há um *sujeito* no plano ético-político (Lacan, 1991), sendo que ambos possuem consistência diversa. Não é que queiramos que as coisas sejam assim. Mas é o que a Psicanálise evidencia a partir da compreensão que ela nos permite elaborar sobre tais processos. E onde há impasses no processo de subjetivação, há, necessariamente, demanda por intercessão.

Um psicólogo precavido pela Psicanálise de Freud e Lacan atuando no campo da Saúde Mental Coletiva

A perspectiva de uma clínica baseada nos *processos de subjetivação* implica em um novo modo de compreender tanto o *sofrimento psíquico*, os *impasses subjetivos*, como as suas possíveis e diversas modalidades de intercessão. Vamos caracterizar brevemente o que seria uma clínica no PPHM e apresentar a singularidade de uma clínica da escuta do sujeito do inconsciente.

A Psiquiatria e os diversos manuais psiquiátricos, tais como o DSM (American Psychiatric Association, 2014) e o CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1998) – que se fundamentam em uma generalização do discurso científico médico – partem de uma concepção organicista e fenomenológica do sofrimento psíquico que é denominado de "doença mental". O psiquiatra examina o "corpo" como organismo e a "mente" como cérebro, vê e age a partir de uma racionalidade médica que possibilita um procedimento básico de

intervenção, o medicamentoso, com base nos seguintes princípios: o ideal da visibilidade, a dualidade saúde-doença (que visa à adaptação e à volta à situação anterior à doença), a pretensão de elaborar uma descrição precisa e cabal do fenômeno, visando construir um modelo positivo para a Psiquiatria como ciência médica, e a construção de uma nosografia obtida diretamente a partir de sinais empíricos, capazes de orientar uma atenção medicalizadora que vê e ouve, mas que não escuta nada.

A Psicanálise parte de outros meios e de outros princípios: a estrutura clínica é a própria estrutura do sujeito do inconsciente. Essa concepção de subjetividade inclui tanto o ser humano enquanto ator social no plano da política e da história, quanto o sujeito do (desejo) inconsciente. A hipótese de Lacan (2008) é de que o sujeito inclui o indivíduo mais o inconsciente e que isso é o mesmo que o sujeito de um significante.

Mas o que é então o sujeito? O sujeito é o ser humano como ser de linguagem e fala – incluindo o corpo e o sentido – e, consequentemente, um ser de gozo e de desejo. O ser humano é uma carne atravessada pelo significante, e essa é sua singularidade problemática, trágica e também paradoxal. O "organismo" humano, ao ser modalizado pelos processos de subjetivação, torna-se "corpo" humano simbolizado. O significante não é signo, é o gozo – plano da dor e do prazer extremos e da angústia insuportável –, língua materna que fala e constitui o ser humano. Por isso a Psicanálise, enquanto práxis, opera por meio da *escuta* – o que é diferente de apenas "ouvir o outro" – e também da fala, mas que não se confunde com a mera conversação. Onde a Psiquiatria observa, descreve e intervém, a Psicanálise pretende trabalhar a partir de uma *escuta do simbólico* e interceder, propiciando os processos de subjetivação no sentido da dimensão desejante, única saída para os impasses do gozo angustioso que acomete o sujeito do sofrimento. Busca-se interceder por meio da escuta, instrumentalizando o simbólico, o real e o imaginário.

Embora falemos em Psicanálise no singular, é preciso considerar e distinguir que há pelo menos quatro modalidades diversas no complexo campo psicanalítico (Mezan, 1988a; Roudinesco; Plon, 1998):

Freud e seus seguidores, Melanie Klein e os membros de sua escola, a Psicologia do Ego, de tradição norte-americana (Baratto; Aguiar, 2007) e a de Lacan e seus continuadores (Roudinesco; Plon, 1998). A Psicanálise do campo de Freud e Lacan tem uma contribuição singular para a formação de um psicólogo não disciplinar, que não deverá se orientar pela Psiquiatria ou mesmo por outras modalidades de Psicanálise que não operam uma superação da intervenção disciplinar objetificadora do ser humano.

Porque consideramos o ser humano como um ente de linguagem, gozo e desejo, é a ética da Psicanálise que convirá a esse psicólogo advertido, instrumentalizado e orientado pela Psicanálise, quando estiver atuando na clínica dos processos de subjetivação e lidando com seus múltiplos impasses. Essa ética se define, para além de qualquer dever com a ordem social, como uma "ética do bem dizer". "Bem dizer" o quê? Trata-se de "bem dizer-se", o que remete à implicação do sujeito no gozo que seu sintoma e seus impasses enunciam. "Bem dizer" é o único bem que interessa ao sujeito e ao seu desejo, contrapondo-se ao "dizer do sintoma". Trata-se de uma ética que promove o "cuidar-se", ao invés do "cuidar do outro".

Há nos sintomas e em outros impasses psíquicos uma forma de gozo que ocorre na dissipação e não numa produção desejante singular. Jacques Lacan nomeou esse gozo – um gozo fora do princípio do prazer – como sendo o "mais-gozar", noção homóloga à "mais-valia" proposta por Marx. Esse gozo que se dissipa ultrapassa o princípio do prazer. A "mais-valia" caracteriza o laço social formulado por Lacan como "discurso do capitalista", no qual o gozo é expropriado de um modo como nunca antes, em outros momentos da história, por meio do consumo. Teremos ocasião de discutir a relação direta que existe entre laço social (MCP) e o sintoma social dominante (SSD), ou seja, como os modos das relações – sociais, de produção e de consumo – aparecem na clínica contemporânea.

Como um psicólogo precavido pela Psicanálise de Freud e Lacan poderia atuar no campo da Saúde Mental Coletiva?

O psicólogo tende a operar normalmente no registro do imaginário, no plano da relação do "eu" e do "outro" como semelhantes, no

qual ambos se identificam enquanto pessoas e indivíduos humanos. Ele ouve a história e se engaja numa troca dialógica com esse outro que é seu semelhante, numa relação eu-tu, ego a ego, eu a eu, eu-outro como eu mesmo, supondo que se trata de uma partilha de comunicação entre iguais, partindo da crença de que a comunicação seria pretensamente objetiva. O psicólogo *ouve* o que o outro diz e tenta *compreender* a estória, o problema apresentado, a dificuldade sobre a qual seu interlocutor se queixa. Focaliza-se sobre o comportamento do outro, sobre as coisas que ele diz que faz, que sente, que sofre. Ouvir e compreender levam à oferta de possibilidades de encaminhamentos para a questão-problema-queixa específica. Então o psicólogo, como conselheiro mais experiente, maduro e sábio, pode dar sugestões, indicar alternativas e oferecer palpites com vistas a promover a solução supostamente buscada por aquele que o procurou. Parte de uma posição de saber/poder resolver o problema do outro, posição que Lacan (1992) indicou como sendo a mais avessa à Psicanálise.

Mas o que o outro demanda de modo implícito na sua queixa? O que é que ele deseja enquanto articula sua queixa? Há uma queixa-pedido explícita e há uma demanda-desejo implícita, latente, no discurso. Um psicólogo não normalizador, precavido pela Psicanálise de Freud e Lacan, deveria se situar no plano do discurso, no plano do simbólico, procurando *escutar* o que o *sujeito* diz naquilo que o indivíduo tenta comunicar no fluxo do discurso falado. A escuta implica uma dissociação instrumental, pois se trata de ouvir o discurso no plano da enunciação e do seu processo de produção significante. A enunciação produz efeitos: atos falhos, sintomas, esquecimentos, sonhos etc. Na mensagem verbal, no nível do discurso, um *sujeito* se articula e se posiciona. Isso seria fundamental, ter "ouvidos para não ouvir" (Lacan, 1998d, p.255) (o semelhante), mas para escutar (o *sujeito*), escutar o significante na transferência. Essa escuta parte de hipóteses da Psicanálise sobre os processos de constituição do sujeito, pois os modos de subjetivação marcam e caracterizam seu estilo.

Como vemos, esse psicólogo precisa lançar mão de um conjunto de ferramentas-conceitos que são operacionais. O arcabouço

conceitual psicanalítico lhe permite se posicionar adequadamente na situação de atendimento, uma vez que lhe oferece coordenadas teóricas, técnicas e éticas claras e precisas quanto aos processos de constituição da subjetividade, bem como quanto aos modos de subjetivação e aos seus impasses mais recorrentes. A Psicanálise apresenta uma teoria sobre o psiquismo humano, sobre seu modo de constituição e de funcionamento, sobre seus impasses e sobre estratégias clínicas valiosas que podem instrumentalizar e nortear de modo pertinente o trabalho do psicólogo.

Qual é a possibilidade de que o psicólogo possa produzir algum tipo de efeito por meio do seu trabalho? Quais são os "princípios do seu poder" (Lacan, 1998c, p.591)? Afinal, trata-se de magia, de sugestão, de carisma? Ou de "pedagogia materna, ajuda samaritana e a mestria/dominação dialética" (Lacan, 1998d, p.245)? Ora, Lacan (idem, p.244) afirma que "o psicanalista deveria tornar-se mestre/senhor, das funções da fala". Explicita ainda que:

> Seus meios de trabalho são os da fala, na medida em que ela confere um sentido às funções do indivíduo; seu campo é o do discurso concreto, como campo da realidade transindividual do sujeito; suas operações são as da história, no que ela constitui a emergência da verdade no real. (ibidem, p.259)

Um psicólogo instruído pela Psicanálise poderia visar à superação dos princípios disciplinares "doença-cura", "anormal-normal" que são produtores de processos de invalidação pessoal e social, suportes das psicopatologias, das nosologias e das nosografias, dos mapeamentos das anormalidades de toda ordem, dos desvios, campo original das inúmeras teorias sobre a criminalidade, a delinquência e também referentes à marginalidade.

Do ponto de vista da Psicanálise do campo de Freud e Lacan, onde há sintoma e sofrimento, há *sujeito*. E se há sintoma que faz sofrer e, portanto, impasses no processo de produção do sentido novo, há também demanda de intercessão. No impasse histérico ou obsessivo, na melancolia psicótica ou no impasse de luto neurótico,

no delírio paranoico (ou outro), no despedaçamento esquizofrênico, nos vários atos compulsivos, no ataque de pânico, nos chamados estados ansiosos... Há sujeito.

Onde a Psiquiatria vê apenas humores neuronais em disfunção e a Psicologia detecta patologias psíquicas e transtornos da personalidade, caberá ao psicólogo instrumentalizado pela Psicanálise, para além da psicopatologização, interceder com uma escuta que faculte ao sujeito o acesso ao real que se denota e dissimula, tanto no sofrimento quanto no sintoma, de modo que possibilite a retomada da sua produção (singular) de sentido novo. O real é aquilo que pulsa, é a pulsão que invade a realidade subjetiva em busca de ciframento/deciframento. Portanto, é preciso aprender a distinguir a escuta intercessora – focalizada no plano da enunciação, para além dos enunciados – da observação e intervenção no comportamento.

Essa escuta parte das hipóteses da Psicanálise sobre como se dão os processos de constituição do sujeito, hipóteses que serão indicadas sucintamente. Inicialmente, é possível afirmar que o sujeito se estrutura na realidade a partir do campo do simbólico, que consiste fundamentalmente na linguagem mais o campo propriamente humano. O ser humano é um ente que vem ao mundo fora de casa; para entrar em casa, precisa atravessar a floresta do significante pela mão de um semelhante humanizado e falante. O simbólico é um plano no qual esse ente ingressa por meio do seu processo de constituição, enquanto faz o caminho para entrar em sua casa. A apropriação do simbólico e do próprio campo humano poderá ser distinta para cada sujeito em processo de constituir-se – devido a contingências históricas e conjunturais – dependendo de como nele estejam incluídos certos significantes fundamentais organizadores. O modo como ele terá acesso ao campo humano, subjetivando-se e construindo sua realidade psíquica, vai depender de como serão colocados certos significantes que funcionarão como estruturadores do processo primário de constituição subjetiva. Um dos significantes em particular é designado com diversos termos: criança, fezes, valor, falo, Nome-do-Pai (NP), significante do desejo do outro primordial, significante da falta de significante no outro etc.

Em princípio, a Psicanálise mapeia três modos de inclusão desse significante no processo de constituição do sujeito. Falamos, portanto, em um *processo de constituição subjetiva primária* – que inclui mecanismos de acesso ao campo humano – que apresenta três modalidades possíveis: *Verdrängung* (recalcamento), *Verwerfung* (foraclusão) e *Verleugnung* (renegação). E também em *processos secundários de constituição subjetiva*, que compõem as modalizações (tipos clínicos) e os impasses (retorno do recalcado, alucinação, objeto-fetiche) dessas três possibilidades estruturais que incluem os momentos e formas paroxísticos que –por estratégia política do campo de Freud e Lacan – ainda são grafados com os significantes oriundos da Psiquiatria clássica, mas devidamente criticados e redefinidos.

A *Verdrängung* (recalcamento) consiste no *processo de constituição subjetiva primária* na qual se encontram as submodalidades (tipos clínicos): histeria (discurso histérico como um laço social de objeção ao laço social dominante e ao instituído); neurose obsessiva (modo societário "a serviço dos bens", acumulação de objetos); fobia (enquanto questionamento da relação de mediação – sendo que o pânico seria a redução desse questionamento a objeto do discurso da ciência –, impasse ou vicissitude nos elementos de intermediação, inventando um objeto fobígeno para dar conta da angústia). A modalidade clínica da constituição por recalcamento é a neurose, na qual o sujeito é dividido. O alcoolismo pode ser incluído nessas modalidades de objeção frente a uma realidade social tida como intolerável.

A *Verwerfung* (foraclusão) designa o *processo de constituição subjetiva primária* no qual aparecem as submodalidades (tipos clínicos): esquizofrenia; paranoia; melancolia (P.M.D.); problemas ditos psicossomáticos. A modalidade clínica da constituição por foraclusão é denominada de psicose, na qual o sujeito é esquizado.

A *Verleugnung* (renegação) consiste na modalidade na qual se verificam as submodalidades denominadas de "derivas de gozo", incluindo as compulsões diversas que vão além do princípio de prazer, sendo que o sujeito é quem as define. A modalidade da constituição por renegação é a "perversão", na qual o sujeito é cindido. Mas

é preciso esclarecer que se trata de estilos diversos de gozo – dentro e para além do princípio do prazer – e não de aberrações, superando criticamente a perspectiva psiquiátrica tradicional. Há impasses nos modos de gozar, pois são angustiosos e dolorosos para o sujeito. Nesse campo podemos incluir as compulsões e toxicomanias.

Contudo, na Psicanálise, já não se trata de qualquer classificação diagnóstica, pois não há uma nosografia como na Psiquiatria. Não se trata de fenômenos observáveis que decidem o curso da ação médica e medicamentosa. A localização da modalidade estrutural de constituição subjetiva e do tipo clínico de um sujeito é realizada na transferência e na escuta do discurso – pois o sujeito pertence eminentemente ao campo da linguagem – e serve, sobretudo, como um parâmetro de orientação para a direção do tratamento no trabalho clínico. Ou seja, funciona como uma hipótese de trabalho que permite ao profissional situar-se no manejo clínico: como se posicionar numa escuta que permita ao sujeito "bem dizer-se". É importante saber diferenciar entre o que se escuta no processo de subjetivação por foraclusão, recalcamento ou renegação, já que cada estrutura subjetiva, bem como também cada modalidade de tipo clínico, demanda posicionamentos específicos para a direção do tratamento.

O sujeito tem que se haver com um significante central – falo, Nome-do-Pai, significante da falta no outro – em seu processo de constituição subjetiva e pode *recalcá-lo* (o significante fica conservado no inconsciente; podendo ser utilizado e superado dialeticamente, pode ser transcendido); enquanto atravessa a floresta do significante, pode *foracluí-lo* (o significante central fica fora, é prescrito, permanecendo no registro do narcisismo, sem se dar conta dos significantes centrais que questionam o narcisismo); pode ainda *renegá-lo*, pois apesar de ter percebido que há significantes que questionam o narcisismo, faz de conta que não viu nada e o "eu" se divide em dois, sendo que o sujeito produz fantasias como um modo de responder a uma realidade impensável, ficando prisioneiro do dilema ver/não ver.

Com essa conceituação, busca-se promover a nomeação de certos momentos paroxísticos em que o *sentido* (como *non sense*) invade

a realidade subjetiva, como o retorno de uma questão crucial sobre a posição do sujeito quanto ao prazer, ao gozo e ao desejo. A escuta como intercessão permite ao sujeito referenciar-se a si mesmo quanto às suas estratégias para lidar com o "desejo do outro" e com o "gozo do outro" e também para situar-se nos laços sociais discursivos que, de acordo com Lacan, são discursos sem palavras[6]: com a autoridade e com o poder (Discurso do Mestre, Discurso da Ciência, Discurso do Capitalista); com o saber e com o saber-poder (Discurso Universitário); com o mais-gozar, com o gozo expropriado, com o

6 Sobre a teoria dos discursos do Mestre, da Histeria, da Universidade, do Analista e do Capitalista, ver: Lacan (1992), Magno (2007), Souza (2008), Vegh (2001) e Costa-Rosa (2013a). De acordo com Lacan (1992), toda forma de enlace social é realizada por meio dessas diversas modalidades discursivas. Cada uma se apresenta como um algoritmo de quatro lugares: o agente, o outro, a produção e a verdade. Estes, por sua vez, serão ocupados por quatro elementos da álgebra lacaniana, a saber, $ barrado, a, $S_{1,}$ S_2 respectivamente; e, dependendo de qual lugar cada um deles ocupar na estrutura discursiva, o elemento possuirá uma conotação específica. Como a ordem entre eles é fixa, a permuta circular (em movimentos de meio quarto de volta, em sentido horário) desses elementos resulta nas quatro modalidades de discurso. No Discurso do Mestre (DM), o Mestre (S_1) agencia o outro (S_2) que seria detentor de um saber-fazer, impulsionando-o para que produza um saber que será expropriado e útil ao Mestre, uma vez que é a partir desse saber expropriado do outro que proferirá uma ordem por meio da qual procura governar o outro ("faça isso", "seja assim" etc.). A verdade escamoteada pelo Mestre é sua condição de sujeito faltante ($ barrado). No Discurso da Universidade (DU) o saber enciclopédico (S_2) agencia o outro como objeto de ensino ou de pesquisa (a), visando sua educação, obtendo como resultado a supressão da singularidade do sujeito ($ barrado) e instaurando uma dinâmica burocrática uniformizadora. A existência do autor (S_1) é a verdade recalcada desse discurso. No Discurso da Histeria (DH) o sujeito, a partir de sua divisão subjetiva ($ barrado) e de uma demanda de amor, questiona e objeta ao outro-mestre (S_1) para que ele produza um saber (S_2), supondo que este saberia sobre o que o faz sofrer (a). No Discurso do Analista (DA), o analista busca se posicionar como semblante do objeto [causa] do desejo no lugar do agente (a), impulsionando o sujeito ($ barrado) a produzir seus próprios significantes mestres (S_1). A verdade desse discurso consiste em que o analista coloque seu saber enciclopédico (S_2) em suspenso, visando ao que o outro deseja. O discurso do capitalista produz um curto-circuito da mediação imaginário-simbólica entre o sujeito ($) e o objeto (a), sob um imperativo de gozo sem mediação, representado pelo consumo de *gadgets*.

gozo além do princípio do prazer (Discurso Histérico, Discurso da Ciência); com sua posição em relação ao gozo e ao desejo (Discurso do Analista).

O *discurso como laço social* representa uma perspectiva que permite a superação dos conceitos de doença mental, de patologia, de transtorno psíquico e mental, de personalidade desajustada. As *crises* são contextualizadas, mas também devem ser abordadas em sua especificidade, enquanto processos psíquicos e subjetivos que ocorrem no contexto social. Não bastam atividades sociais – embora elas sejam, de fato, muito importantes –, para obter um certo equacionamento de todo um conjunto de *impasses subjetivos*.

Os *impasses subjetivos* não são entendidos como sendo doença psíquica, nem sequer como distúrbios ou degradação, muito menos são criminalizados, mas as crises são encaradas como motor e possibilidade de transformação, representando essencialmente possibilidades para a emergência da diferença como singularidade. As crises podem ser acolhidas e escutadas como oportunidade de elaboração dos impasses subjetivos do sujeito no contexto social e cultural, na sua especificidade psíquica, enquanto objeções aos laços sociais hegemônicos.

A contextualização do Sintoma Social Dominante (SSD) no contemporâneo

Um psicólogo precavido pela Psicanálise parte da hipótese de que os mal-estares e sofrimentos que o interpelam na clínica são, antes de tudo também, "mal-estar-na-civilização". Não se consideram jamais os processos psíquicos e seus impasses descontextualizados da realidade social e histórica na qual emergem e à qual os sujeitos respondem, objetam, capitulam, resistem, transformam etc. É inevitável que, no escopo dessa clínica, se apresente sempre a questão do "mal-estar" dito na civilização.

Mas, afinal, de que mal-estar se trata? Será o mal-estar derivado do que custa ao sujeito entrar no laço humano? Nesse caso,

estaríamos falando dos muitos e possíveis avatares do processo primário de constituição subjetiva. Ou serão os mal-estares produzidos pelos efeitos e riscos de ser excluído do laço humano na formação social capitalista? São inegáveis os efeitos deletérios do MCP para o ser humano, reduzindo-o a mero objeto de conhecimento e de uso, enquanto trabalhador espoliado e também como consumidor-consumível, rebaixando-o a mero dejeto, coisa obsoleta, descartável, lixo. Reler esse mal-estar com Lacan é ler sua especificidade a partir dos modos do laço social que o indivíduo/sujeito do inconsciente atravessa e pelos quais é atravessado. Ele pode estar simultaneamente atravessando/sendo atravessado por vários laços sociais. Ou pode, eventualmente, estar fora do laço social, como nos casos de desmoronamento da realidade psíquica na psicose (na foraclusão). Assim como se considera que a subjetividade também é uma produção coletiva, social e história, a concepção que se tem da civilização é um importante operador da escuta-intercessão.

Se entendermos o processo civilizatório como a construção da renúncia à tendência pulsional de tomar o outro como objeto de consumo, tanto no sentido comum quanto no sentido sexual, entenderemos que a histeria – como laço social – que não é nem doença nem sequer neurose ou patologia, representa uma tentativa de sabotagem do processo que quereria fazer do sujeito um mero objeto sexual, transformando-o em simples valor de uso, simples suporte do valor de troca, passível de consumo e, consequentemente, atirá-lo ao grande celeiro dos "objetos-efeitos" (dejetos) que, afinal, estão asfixiando o planeta, como já se pode verificar de modo iniludível. A histeria como objeção discursiva se expressa num "Não entro!" nesse jogo social mortífero que é intensificado na formação social capitalista.

A objeção do histérico consistiria em fazer-se de *falo* (o valor que imagina ser e que ele vive como lhe sendo sonegado pelo outro) para com isso reafirmar a supremacia do valor, *valor* que Marx demonstrou ser "trabalho humano investido". O histérico insiste em reafirmar a supremacia desse valor sobre o valor de uso, que na economia capitalista é mero suporte do valor de mercado, nomeado por Marx

como valor de troca. Com sua recusa a gozar (com o objeto), o sujeito se subtrai do consumo, preservando seu valor; e, como acréscimo, ainda revela o escândalo dessa forma de "aparelhar" o gozo que representa o MCP em sua modalidade consumista.

Certamente, não apenas a histeria o manifesta, mas as compulsões também constituem objeções ao "laço social consumista". É tornando-se um consumidor consumido que o compulsivo demonstra e horroriza, dando vazão a um gozo sem limite – que é o consumismo no MCP e na sua lógica, expressa na lei do mercado como catástrofe reguladora cíclica. Seriam as toxicomanias um novo paradigma da objeção ao MCP e ao discurso médico (DM)?

A Psiquiatria contemporânea como Neuropsiquiatria pretende suprimir a função do *sujeito*. Mas não existe clínica dessubjetivada – pois se trata sempre da clínica dos processos de subjetivação – por mais que haja também o real dos humores (neurotransmissores: noradrenalina, serotonina etc.), ou o imaginário, que se expressa nas diferentes formas de adesão ou aderência do sujeito ao outro como ideal. Ora, tanto um psiquiatra quanto um psicólogo precavido pela Psicanálise podem operar somente no Discurso da Histeria ou no Discurso do Analista, e não no Discurso do Mestre ou no Discurso Universitário.

Podemos dizer que o sujeito, ao interpelar o outro como Mestre, faz com que este, ao não responder do lugar da mestria, opere por seu posicionamento, uma passagem de discurso obrigatória, uma revolução discursiva, e o sujeito passa então para o lugar de agenciador--agenciado (agente) produtor dos valores que lhe convêm para transformar o S_2 (significados subjetivos, desejantes e sociais).

Psicologia Clínica e Pós-modernidade: novos sujeitos?

Um tema importante que encontramos na literatura diz respeito ao debate sobre a questão da existência de supostos novos sujeitos do contemporâneo, também chamados de sujeitos da Pós-modernidade.

Esses sujeitos seriam portadores de novos sintomas e estariam exigindo alterações na clínica. Novos fenômenos estariam sendo observados de modo crescente na clínica contemporânea: depressão, ansiedade, toxicomanias, medicalização, transtornos alimentares, pânico, anorexia, bulimia, stress, fibromialgia, vigorexia etc.

Encontramos alguns trabalhos que tematizam a relação da Psicologia Clínica com a questão da Pós-modernidade, sendo que uma hipótese básica que aparece em tais trabalhos consiste na ideia de que as transformações sociais contemporâneas – que alguns denominam de Pós-modernidade e outros de Hipermodernidade[7] – estariam produzindo efeitos importantes nos indivíduos, em seu psiquismo e em sua subjetividade. A vida social contemporânea estaria produzindo pessoas diferentes das do século XX e, desse modo, os saberes e fazeres da Psicologia Clínica precisariam avançar em suas construções teóricas, técnicas, éticas e políticas de modo a serem sensíveis e operativas no manejo com as novas formações subjetivas.

Uma discussão acerca dos efeitos das transformações sociais nos processos de subjetivação com base no campo de Freud e Lacan se justifica, de um lado, pela importância científica e acadêmica do tema abordado. Muitos dos trabalhos encontrados não parecem possuir maior clareza quanto às determinações do contexto social, histórico, político e econômico, que é tomado como pano de fundo tácito e não problemático, numa vertente mais sociológica. Outras pesquisas parecem partir da premissa de que há mesmo novos sintomas no contemporâneo e que a clínica precisa se atualizar para lidar com eles. Alguns trabalhos partem da ideia não claramente demonstrada de que há novos sintomas e, portanto, também novos sujeitos na Pós-modernidade ou Hipermodernidade e que também seria

7 Vamos adotar o termo "Hipermodernidade" na discussão que estamos apresentando. Preferimos esse termo dada sua maior precisão conceitual. O termo "pós-modernidade" indicaria que houve uma mudança radical na atualidade que expressa uma ruptura clara com a modernidade (Harvey, 1992; Bauman, 1998). O termo "Hipermodernidade", por outro lado, indica que não houve ruptura, mas uma intensificação de certos aspectos da própria modernidade, representando uma sofisticação do próprio MCP (Jameson, 2000; 2006).

preciso lançar mão de novas teorias e técnicas para lidar com eles, propondo inovações clínicas.

De acordo com a bibliografia, podemos notar que as teses, dissertações e artigos científicos poderiam ser distribuídos em algumas categorias diversas que tematizam a questão dos supostos novos sujeitos da atualidade. Longe de sermos exaustivos, há textos da Psicologia Clínica que apresentam uma leitura predominantemente sociológica sobre a produção da subjetividade no contemporâneo (Vaisberg, 2001; Oliveira, 2006; Peixoto Junior, 2008; Freire Filho, 2010; Perrusi, 2015; Rosa, 2010; Tavares, 2010; Garcia, 2010; Salecl, 2012; Goldstein, 2013; Pereira, 2014).

Há outros textos que podem ser localizados no amplo campo da Psicanálise e que parecem transitar entre análises sociológicas e psicológicas sobre os fenômenos clínicos atuais (Berlinck; Fédida, 2000; Montserrat, 2003; T. S. P. Campos, 2008; Arbex, 2010; Rocha, 2007; Ribeiro, 2012; Viana et al., 2012; Henriques, 2014; Furtado; Szapiro, 2015).

Um terceiro grupo de textos pode ser localizado no campo da Psicanálise de Freud e Lacan (Melman, 1992, 2003; Goldemberg, 1997; Laurent, 2007; Kehl, 2002, 2009; Costa, 2008; Martins, 2008; Cabas, 2009; Cougo; Tfouni, 2011; Torezan; Aguiar, 2011; A. C. Silva, 2012; Feitosa Filho, 2014; Costa; Justo, 2015; Ferreira, 2016; Basoli, 2018).

Como equacionar esse debate? Marx, Freud e Lacan também são para nós referências fundamentais para pensar sobre o tema da subjetividade na atualidade, na clínica e no seu contexto mais amplo, que é o plano social, histórico, político e econômico. Tanto a crítica da Economia Política permite construir análises estruturais e conjunturais sobre a formação social própria do MCP, quanto a explicitação dos processos de constituição psíquica primária; seu funcionamento secundário, bem como suas modalidades estruturais, suas submodalidades clínicas, seus impasses típicos e suas eventuais possiblidades de equacionamento, são ferramentas teórico-técnicas e ético-políticas úteis para a discussão da clínica na Hipermodernidade (E. J. Santos, 2009; Xavier, 2013; Sanches, 2015).

3
As clínicas do olhar, do cuidado, da escuta do sujeito e seus modelos de atenção: três possibilidades no campo da Psicologia

A clínica crítica como problematização da Psicologia Clínica

"[...] uma prática não precisa ser esclarecida para operar; é o que se pode deduzir"

(Lacan, 2003b, p.20)

Viemos pesquisando, ao longo de nossa carreira, o tema da produção da subjetividade em diferentes contextos institucionais: o universo católico e a formação do clero, as políticas públicas de atenção a crianças e adolescentes em entidades assistenciais no âmbito da Assistência Social tomada enquanto instituição e o fazer do psicólogo nessa área das políticas públicas sociais, bem como questões da área da Saúde Coletiva. Neste ensaio, estamos interessados em formalizar as diversas possibilidades da Psicologia Clínica, direta ou indiretamente presentes nesses contextos, que foram objetos de pesquisa e reflexão. Estamos localizados no Departamento de Psicologia Clínica de um curso de Psicologia da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, São Paulo, atuando como psicólogo clínico, docente de graduação, de pós-graduação, pesquisador e orientador de pesquisas, supervisor

de estágios e de projetos de extensão. No Departamento de Psicologia Clínica, fazemos parte da ênfase denominada "Políticas Públicas e Clínica Crítica", na qual entendemos que os planos da história, da política e da ciência são constitutivos dos sujeitos, bem como contextualizam os impasses que os atravessam e nos quais tais sujeitos, por sua vez, também são atravessadores.

Vamos apresentar algumas reflexões acerca do agenciamento dessa investigação e de nossa atuação profissional como psicólogo clínico com o atual contexto de colapso político em busca de linhas de fuga e estratégias que abram nosso campo de possibilidades no que se refere à reafirmação da promoção da diferença, dos direitos humanos e do compromisso social, a partir de uma análise estratégica da atual situação em busca de reversões do esgotamento de potências do presente.

O Paradigma Psicossocial (PPS) (Costa-Rosa, 2000, 2011, 2013a) vem incidindo no campo da Psicologia que se caracteriza enquanto saber/fazer disciplinar[1] normalizador, na direção da subversão e transformação radical da própria Psicologia. Entendemos que tal transformação já vem se processando e um dos seus indicadores é o advento do *conceito de subjetividade* no campo e dos seus diversos efeitos.

---

1 Podemos tomar o termo "disciplina" num sentido comum de área de conhecimento científico específico, que recorta uma parte da realidade, definindo-a como seu *objeto* de estudos e de intervenção, bem como estabelece um *método* próprio para operar sobre esse objeto. Como exemplo, podemos pensar na Biologia como ciência que se ocupa do objeto "vida", empregando o modelo das ciências naturais, o método quantitativo, a matematização, com base na perspectiva positivista. Dentre outras definições genéricas, poderíamos considerar que a Psicologia como ciência teria como objeto o "comportamento", adotando também o método científico experimental. As ciências disciplinares se caracterizam precisamente pela cisão dicotômica entre teoria e prática, pensar e fazer, saber e poder, entre sujeito e objeto. Podemos falar em "disciplinas" enquanto "áreas de conhecimento" ou "campos de saberes" diversos. Essa é a lógica discursiva do positivismo científico. Tais cisões produzem efeitos importantes no modo como os pesquisadores estudam e intervêm sobre seus objetos.

> A subjetividade bem como processos de singularização vem, desde então, impondo-se como objetos por excelência não apenas da Psicologia Social, mas da própria ciência psicológica – uma nova matriz teórica entra em cena: a desconstrução nietzschiana, a partir do desenvolvimento e aplicação dos trabalhos de Foucault, Deleuze, Guattari e Derrida em termos da dissolução e historicização radical da subjetividade por eles proposta. (Prado Filho, 2011, p.467)

Trabalhamos com a hipótese de que o conceito de subjetividade, inclusive o psicanalítico (Freud e Lacan), permite estabelecer um plano de análise bastante preciso e radical sobre o campo da Psicologia como ciência e como profissão. Funcionando como crivo e corte epistemológico, a tematização do psicológico e do psíquico como subjetividade e – sobretudo, enquanto processos de subjetivação – possibilita discriminar e localizar diferentes tipos de práticas *psi*, conforme estejam aquém desse conceito e, portanto, o ignorem, ou, tomando-o em consideração, busquem instrumentalizá-lo de diversos modos (Rose, 2001; Leite; Dimenstein, 2002; Mancebo, 2002; Gomez; González-Rey, 2005; Prado Filho; Martins, 2007; Mansano, 2009; Ferreira Neto et al., 2011; Prado Filho, 2011; Neubern, 2014; Soares; Miranda, 2009). Operando com esse conceito, acreditamos que é possível avançar na construção de um mapeamento de diferentes práticas presentes no campo *psi*, com a intenção de ultrapassar coordenadas meramente aleatórias, históricas e conjunturais, em direção a coordenadas lógico-estruturais que permitam análises conceituais mais consistentes, tematizado seus efeitos éticos diversos.

Nesse sentido, de um lado, há muitas coisas que os psicólogos fazem, de outro, há as coisas que eles dizem que fazem, e os efeitos disso. Há outras que eles nem sequer esboçam em seus atos e menos ainda em seus discursos. Isso com relação ao crivo epistemológico, teórico, ético, subjetivo e político do PPS. É preciso ter coragem para afirmar que certas práticas e discursos deveriam ser abolidos e outras ações, coerentes com um discurso outro, deveriam ser inauguradas, caso se queira transitar do paradigma de uma Psicologia disciplinar para o PPS, transdisciplinar por definição. Como não se trata de um

problema evidente por si só, é preciso uma discussão desnaturalizadora da Psicologia como saber/fazer disciplinar.

Atualmente, quais seriam as possibilidades de subverter a Psicologia como saber/poder/fazer disciplinar? Nossa hipótese é de que há diversas tentativas em andamento: a perspectiva sócio-histórica, a genealogia foucaultiana, a cartografia esquizoanalítica, a Psicanálise do campo de Freud e Lacan. Todas elas apresentam aspectos singulares específicos e, eventualmente, pontos de possíveis e necessárias homologias, para além de toda e qualquer tentativa grosseira de uniformização eclética. Arriscamos afirmar que talvez tais possibilidades teóricas representem, fundamentalmente, planos de análises distintos e suplementares: talvez elas não sejam alternativas umas às outras, nem mesmo complementares, mas em sua singularidade original, possam oferecer abordagens suplementares da realidade, sem pretensão de esgotá-la ou reduzi-la indevidamente.

Seria a Psicanálise do campo de Freud e Lacan uma via que também possibilitaria a superação dos efeitos sociais disciplinares e normalizadores implicados na Psicologia? Trabalha-se com a hipótese de que esse psicólogo não disciplinar precisa ser um "psicólogo psicossocial" capaz de operar a partir da ética da Atenção Psicossocial[2].

Uma *clínica crítica* exige que os sofrimentos e impasses dos sujeitos sejam contextualizados tanto na sociedade mais ampla que funciona a partir do Modo de Produção Capitalista globalizado quanto

2 A ética da Atenção Psicossocial se pauta pela ética do desejo, conforme a Psicanálise de Freud e Lacan e também pela ética do carecimento de Marx. Costa-Rosa (2011, 2013a) apresenta uma perspectiva original quando discute a possibilidade de uma ética que seria pertinente ao conjunto de ações realizadas sob o enfoque da Atenção Psicossocial no campo da Saúde Mental Coletiva. Partindo da análise de algumas proposições importantes sobre a ética na Saúde Mental, presentes na literatura, e da própria experiência como trabalhador do campo da Atenção Psicossocial, ele analisa as éticas disciplinares, chamadas éticas da Psiquiatria, incluindo uma tentativa importante de complementá-las criticamente sob o enfoque da "ética do cuidado", e éticas fundadas em concepções psicanalíticas do sujeito e seu sofrimento, que destacam as dimensões do sujeito como "entre" social e como "entre" subjetivo ou "entre sentido". Com base nas diretrizes do Sistema Único de Saúde e na Psicanálise do campo freudiano, o autor busca fundamentar uma ética da clínica na Atenção Psicossocial

na atual sociedade de consumo em particular. É preciso considerar com seriedade tanto o plano social e histórico quanto o da "realidade psíquica", que é o modo como se compreende a subjetividade no campo de Freud e Lacan. Desse modo, o psicólogo psicossocial é um trabalhador que possui uma formação complexa, devendo ser informado pelo materialismo histórico, avisado pela Análise Institucional (AI), prevenido pela Filosofia da diferença e precavido pela Psicanálise do campo de Freud e Lacan para realizar práticas de intercessão norteadas por uma ética que possibilite aos sujeitos se reposicionarem, a partir do tratamento do *real* pelas ferramentas do *simbólico*, nas conflitivas que atravessam e que os atravessam, na direção da implicação subjetiva e sociocultural.

Problematizar a clínica psicológica vem se apresentado para nós como uma questão ética fundamental (Benelli, 2014b), dado que trabalhamos como psicólogo clínico na formação de futuros psicólogos e também de pesquisadores na pós-graduação. Entendemos que é importante termos coordenadas claras numa área complexa e nebulosa, para que nossa intercessão clínica seja efetivamente capaz de promover a busca do equacionamento dos problemas sociais de modo crítico, ético, dialético e potencialmente transformador.

Questões preliminares sobre a clínica no campo da Psicologia

A hegemonia da área da clínica no campo da Psicologia é um lugar comum na literatura sobre o assunto, bem como notamos

---

como ética do "cuidar-se" – base necessária para a construção do protagonismo dos sujeitos do sofrimento na produção do sentido necessário à superação do sofrimento e demais impasses que motivaram a procura de ajuda, e para a possibilidade de seu reposicionamento no "entre social" e no "entre sentido"; componentes da saúde em sintonia com a subjetividade singularizada referenciada nos ideais socioculturais e no devir desejante. Ele demonstra que essa ética exige dos trabalhadores do campo a superação dialética dos modos de produção de saúde e subjetividade que estão em sintonia com o Modo Capitalista de Produção e seus derivados autoritários.

que a clínica *psi* é constantemente tematizada e discutida a partir de várias perspectivas. Mas como poderemos nos localizar adequadamente nesse tema? Neste ensaio, apresentamos uma resenha sobre o assunto, problematizando a literatura acadêmica disponível.

Há um conjunto muito interessante de trabalhos na área da Psicologia que tematiza a *questão da subjetividade* a partir de um vocabulário e conceituação pretensamente pós-modernos, que vêm sendo desenvolvidos no campo das Ciências Sociais, com inúmeras análises sociológicas, filosóficas e históricas sobre transformações que estariam ocorrendo no contemporâneo. Alguns autores importantes que merecem ser citados são David Harvey, Guy Debord, Gilles Lipovetsky, Anthony Giddens, Zygmunt Bauman, Edgar Morin, Robert Castel, Boaventura de Souza Santos, Michel Foucault, entre outros. Certamente admitimos que tais autores possuem especificidade própria e inclusive representam uma novidade sociológica, filosófica ou mesmo psicossocial pertinente.

Podemos verificar que há um conjunto de análises críticas de corte sociológico e histórico dirigidas à Psicologia Clínica, como, por exemplo: Moraes e Nascimento (2002), Bendassolli (2002), Ferreira Neto (2004), Guareschi e Hüning (2005), Ferreira (2005, 2006), Moreira, Romagnoli e Neves (2007), Benelli (2009), Justo, Sanches e Rozendo (2012), Silva, Souza e Scorsolini-Comin (2012), entre outros.

Nesses diversos trabalhos, afirma-se constantemente que a Psicologia Clínica estaria em crise. Portela (2008), por exemplo, ao discutir a crise da Psicologia Clínica, alude a um conjunto de questões filosóficas e sociológicas relacionadas com o tema da Pós-modernidade, que supostamente configurariam novas questões e diferentes problemas, inclusive produzindo uma complexa modelagem sociocultural da subjetividade. Ao buscar as causas dessa crise, ele apresenta um leque de questões que representariam impasses para a Psicologia Clínica: a crise do paradigma do sujeito e da subjetividade modernas, incluindo também a exacerbação do individualismo pós-moderno. Haveria um novo paradigma em construção, que incluiria os conceitos de intersubjetividade, dialogia, narrativa e ecologia, entre outros.

Por outro lado, numa perspectiva crítica e dialética, Yamamoto e Oliveira (2010), discutindo a inserção dos psicólogos nas áreas da Saúde e da Assistência Social, afirmam que há um forte processo de proletarização dos profissionais da Psicologia e que, apesar de sua formação massiva para a atuação clínica, um grande número deles estaria migrando para as áreas das políticas públicas sociais, o que implica grandes desafios teóricos, técnicos e éticos. Em diversas pesquisas que tematizam a atuação do psicólogo no campo da Assistência Social a partir da dialética (Macedo, 2007; Botarelli, 2008; Fontenele, 2008; Araújo, 2010; Oliveira; Amorim, 2012; Senra; Guzzo, 2012), encontramos fortes críticas tanto à Psicologia tradicional quanto à clínica, tida como psicologizante, patologizante, individualizante e a-histórica, considerada inadequada para a realização de trabalhos sociais.

Lendo esses trabalhos, poderíamos perguntar: será que a diferença de classe social produziria diferenças psíquicas, como parecem pensar alguns desses autores? Será que o psiquismo e os meios de atuação sobre ele sofrem inflexões determinadas pelo lugar social ocupado pelo indivíduo na sociedade? Na clínica, seria diferente atender uma pessoa de classe média e uma pessoa pertencente às classes trabalhadoras populares e/ou em situação de extrema pobreza? Os pobres apresentariam singularidades psíquicas e restrições psíquicas que os impediriam de usufruir de um atendimento clínico, por exemplo, psicanalítico?

Em busca de algumas respostas para tais perguntas, o próprio Freud (1919/2010, p.291) idealizou a presença de trabalhadores de formação psicanalítica nos estabelecimentos públicos, "para que, mediante a análise, sejam mantidos *capazes de resistência* e de realização homens que de outro modo se entregariam à bebida, mulheres que ameaçam sucumbir sob a carga de privações, crianças que só têm diante de si a escolha entre a neurose e o embrutecimento". A pesquisa de Danto (2019) revela que o discurso oficial da Psicanálise freudiana omitiu e recalcou a importante história das clínicas públicas fundadas a partir do incentivo pessoal de Freud, tendo funcionado com êxito entre os anos de 1918-1938, tanto em Berlim quanto

em Viena: os pobres também tinham direito a se beneficiar da escuta psicanalítica. Podemos citar alguns dos diversos trabalhos que testemunham que os pobres, tanto adultos quanto crianças, podem usufruir de intercessões psicanalíticas (Maluf, 2007; Holck; Vieira, 2008; Danto, 2019).

Pensamos que a dificuldade em distinguir e compreender que, por hipótese, do ponto de vista ético, existem vários tipos de clínicas possíveis e bastante diversas, representaria um considerável obstáculo para que o psicólogo desenvolva competências teóricas, éticas e políticas necessárias, mas não exclusivamente, para uma atuação pertinente no âmbito da política de Assistência Social e nos seus vários dispositivos institucionais.

Há também um conjunto de análises que tomam a clínica como se fosse uma área unificada, dotada de certas características comuns, compondo um certo paradigma que poderia ser descrito a partir de um conjunto de traços específicos comuns (Vasconcelos, 2011). Isso costuma ser realizado por meio de uma análise dialética que busca superar uma mera generalização analítica que, arredondando as arestas, promoveria uma compressão algo simplificadora das múltiplas possibilidades clínicas disponíveis na Psicologia. Se esse tipo de análise contém certa limitação, por outro, também possui sua utilidade, pois pode proporcionar uma compreensão de conjunto sobre o assunto. O que se busca é captar a dimensão estrutural do fenômeno clínico, geralmente com o objetivo de apresentar modelos clínicos outros, que seriam portadores de possíveis aspectos singulares com relação aos padrões clínicos predominantes na atualidade.

Por exemplo, uma caracterização do paradigma do que poderia ser considerado como uma Psicologia Clínica tradicional, de acordo com Figueiredo (2009), incluiria os seguintes elementos: o atendimento costuma ser realizado em consultório particular; normalmente a clientela também seria particular, podendo incluir o atendimento de indivíduos, grupos e/ou famílias; a clínica consistiria na aplicação de conhecimento psicológico básico; o objeto central da clínica seria o sofrimento psíquico individual que emergiria sob a forma de sintomas psicopatológicos; ela visaria de modo

predominante ao tratamento curativo, mais do que intervenções preventivas operadas nos planos institucionais e coletivos da vida social; dados seus operadores teóricos e técnicos, seria diferente de outras áreas tradicionais da Psicologia, tais como a Psicologia Evolutiva, Social e Escolar, a Psicologia Experimental e do Trabalho etc. Figueiredo (idem, p.60), discutindo essa perspectiva, afirma que:

> Na verdade, é interessante observar que cada uma dessas oposições guarda certa verdade, ao mesmo tempo que induz a erro. É verdade que a clínica implica numa intervenção, mas é um equívoco pensá-la como mera aplicação de conhecimentos básicos; é verdade que o sentido da intervenção clínica se diferencia, em alguns aspectos, dos sentidos da intervenção educacional e organizacional, mas é um equívoco tratar a clínica como uma mera área de atuação, ou defini-la por sua intenção curativa; é verdade que há um tipo de conhecimento que é produzido na clínica e só nela, mas é um equívoco tratar a clínica como mera área de conhecimento separada de outras áreas a partir de seus temas; creio, finalmente, que é extremamente verdadeiro pensar a oposição entre a clínica e a psicologia experimental como uma questão de método – há, sem dúvida, um método clínico de pesquisa – mas seria equivocado reduzir a clínica a um método de pesquisa.

Aparentemente, de um modo geral, é possível considerar que as práticas clínicas *psi* e seus possíveis impactos e efeitos na realidade preocupam os integrantes da academia. Podemos citar os trabalhos de Canguilhem (1999), Schneider (2002), Neubern (2001, 2005), Vaisberg (2001), Bendassolli (2002), Dutra (2004), Feijoo (2004), Ferreira Neto (2004), Braga (2005), Bernardes (2007), Moreira, Romagnoli e Neves (2007), Cabral (2010), Conselho Federal de Psicologia (2010, 2013), Rosas (2010), Justo, Sanches e Rozendo (2012) e Feres-Carneiro (2014) que revelam a preocupação dos autores com o tema da clínica e suas relações com a prática profissional, bem como quanto aos seus efeitos éticos e políticos. Essa pequena amostra é certamente eclética e de valor desigual, mas é relevante

para dar início à discussão que pretendemos realizar. Lendo-os, a impressão que temos é de que eles não terminam de circunscrever claramente quais seriam os componentes essenciais do problema – inclusive alguns se perdem em um emaranhado de detalhes secundários – pois não dispõem de uma grade teórica e analítica que lhes permita colocar os itens fundamentais que poderiam permitir certo equacionamento da questão em pauta, no sentido de tornar lógica e intelectualmente compreensível, de sistematizar e avaliar a complexidade exigente dos diversos elementos constitutivos essenciais do fenômeno da clínica *psi* como um campo problemático.

O trabalho de buscar mapear com clareza um determinado problema, explicitando suas questões centrais, parece uma boa contribuição a oferecer quanto ao tema das práticas clínicas psicológicas. Diante dessas discussões pontuais e localizadas, a experiência nos indica que precisamos construir tanto coordenadas históricas conjunturais, quanto parâmetros lógicos e históricos estruturais, que permitirão que nos situemos com certa clareza na investigação proposta.

As possibilidades clínicas no campo da Psicologia, seus modelos de atenção e efeitos éticos

Com base na nossa experiência clínica, incluindo a literatura acadêmica e científica, quais seriam as possibilidades clínicas e os modelos de atenção de Psicologia Clínica existentes na atualidade? Como nomeá-las? Inicialmente, poderíamos dizer que existe uma clínica tradicional no campo da Psicologia, como ciência e profissão, mas aí também se postula uma clínica crítica. Como caracterizá-las? Quais seriam seus elementos componentes? Compulsando um amplo conjunto de textos, encontramos elementos que nos permitem pensar numa *clínica do olhar*, numa *clínica do cuidado* e numa *clínica do sujeito*. Como discriminar tais tipos de clínica? Podemos distingui-las por meio de alguns parâmetros analíticos, tais como os postulados por Costa-Rosa (2000): a concepção de objeto, os modelos de atenção criados para lidar com ele e seus efeitos éticos.

Vamos apresentar um conjunto de análises que partem da hipótese de que podemos considerar o campo da clínica psicológica na sua amplitude, o que nos permite construir algumas figuras dotadas de certas características comuns, compondo um certo paradigma que poderia ser descrito a partir de um conjunto de traços. É possível considerar que, na atualidade, a Psicologia Clínica poderia ser pensada como estando assentada em três possibilidades epistemológicas diversas: o olhar, o cuidado e o sujeito. Mas certamente não confundimos análises e construções do pensamento com a multiplicidade e riqueza da realidade. A utilidade dessa empreitada consiste na possibilidade de articular um conjunto de questões teóricas, técnicas, políticas e éticas importantes quanto aos possíveis efeitos dessas possibilidades clínicas que, definitivamente, não são idênticos quando analisamos os diferentes modelos de atenção que cada uma delas implementaria (Benelli, 2014b).

A clínica do olhar[3]

Dunker (2011b) descreve a emergência histórica da clínica como um acontecimento complexo. Ao discutir como teria sido construída, informa que a *clínica clássica* foi organizada a partir do olhar, no contexto da formação social e científica da própria Medicina. Seriam quatro os eixos formais dessa clínica clássica: a *semiologia* (classificação e organização de signos, sintomas e traços característicos e distintos, que constitui a nosografia), a *diagnóstica* (hipótese operativa que orienta a ação, está sujeita a correção, verificação e reformulação permanente), a *terapêutica* (incluindo todas as

3 Sabemos que a dimensão do olhar possui uma grande importância na vida do bebê (Stern, 1991) bem como quanto ao que se denomina de processos de constituição subjetiva primária no âmbito da Psicanálise (Lacan, 1998a, 1998b; Camargos, 2008; Nasio, 1995; Quinet, 2002) e também é debatida no campo da Filosofia (Novaes, 1988). Quando nos referimos a uma clínica do olhar no campo da Psicologia, estamos focalizando seu aspecto mais instrumental, pragmático e objetificador, visando caracterizar sua especificidade.

estratégias de intervenção e transformação da rede causal que constitui a etiologia, buscando confirmar a diagnóstica e a semiologia) e a *etiologia* (localização das causas específicas do problema). Eles estão relacionados com a *cura* e o *tratamento*. Essa estrutura possuiria duas características fundamentais: "a homogeneidade entre seus elementos e a covariância de suas operações [...] A homogeneidade diz respeito à identidade natural entre seus elementos. [...] A covariância [...] quer dizer que os elementos devem se afetar mútua e necessariamente" (ibidem, p.422).

A *clínica psiquiátrica*, seguindo essa lógica, precisou incorporar o universo da linguagem e a fala do paciente na construção de sua semiologia. Isso representou um grande impasse, pois não há compatibilidade entre sintomas que se manifestam no plano discursivo com nenhuma base orgânica comprovada. Aguiar (2001, p.610) explica que:

> Na sua origem, o termo "clínica" diz respeito à observação que se faz à cabeceira do doente. Observação certamente interessada porque coloca questões e sistemática porque formula hipóteses e tenta verificá-las conforme certas regras. Na posição deitada, o doente está involuntária e passivamente impotente e, no limite, desprendido de tudo que o rodeia, momentaneamente expulso da comunidade dos que estão erguidos (Canetti, 1960/1983). Deitado, regredido a sua mais tenra infância, ele se deixa observar pelo médico.

Quanto à concepção de objeto, portanto, a clínica do olhar se caracteriza por uma perspectiva predominantemente objetivadora e classificadora. Ela emprega o olhar, debruçando-se sobre a aparência dos fenômenos, ela se ocupa em colecionar o que vê: fenômenos e fatos supostamente "objetivos", procurando estabelecer conjuntos organizados de sinais, de signos, de indicadores, de marcadores, de características, de qualidades, construindo quadros classificatórios e catálogos contendo as diferentes espécies e classes de fenômenos observados (Camargo Júnior, 1992).

Essa modalidade de observação do doente que sofre ainda poderia considerar sua singularidade irredutível, mas modificou-se

radicalmente a partir da observação anatomopatológica do cadáver, base da Medicina moderna, ocupada com o empírico e com o experimental, conforme caracterizado por Foucault (2004)[4]. "O modelo médico é organicista, ou seja, considera que o patológico se caracteriza pela doença do órgão físico" (Aguiar, 2001, p.610). Na atualidade ainda se buscam as possíveis lesões ou disfunções bioquímicas que poderiam explicar os diversos tipos de sofrimentos psíquicos. A clínica médica do olhar fornece o modelo para a clínica psicológica do olhar, clínica na qual se olha, se dialoga e se ouve, mas não se escuta o sujeito.

Essa vertente clínica psicológica, na mesma lógica da medicina organicista, está alicerçada no método experimental, aplicando técnicas de mensuração, modalidades quantitativas de obtenção de "dados" que são passíveis de análises estatísticas que produzem homogeneização e inserem o particular no universal. Entre seus

---

4 No Seminário 12, na Aula XIV, Lacan apresentou o livro de Foucault (2004), *O Nascimento da Clínica*, para o público presente: "Eu lhes disse que hoje, ao deixá-los, lhes daria uma indicação de leitura. Gostaria que depois da audiência que me concederam, gostaria que todos, todos os que estão aqui hoje e que se presume, portanto, estejam interessados de modo mais particular pelo que desenvolvo, gostaria que tivessem como primeira prioridade ler este livro de Michel Foucault que se chama Nascimento da Clínica. Michel Foucault é para mim um desses amigos distantes com quem sei, por experiência, que estou em íntima e constante correspondência, apesar de vê-lo muito pouco, em razão de nossas ocupações. Vi Michel Foucault ontem à tarde e lhe coloquei a questão, a propósito desse livro, a questão de saber se ele havia sido informado, através de algum meio – isso não é raro, há muitas pessoas que escrevem em nossa área –, a respeito da temática que desenvolvi o ano passado, em torno da visão e do olhar. Ele me disse que não. É tanto mais notável que a obra de Michel Foucault que, inicialmente, parece ter sido infiltrada, de algum modo, pelo tempo de meu ensino em 1953, que a obra de Michel Foucault, em outro ponto de contato desde então, falando do nascimento da clínica, convirja para essa teoria do objeto 'a' que ele ignora. Essa obra corresponde exatamente, no âmbito da medicina, a esse ponto de interrogação que coloquei diante de vocês, este ano, como intimamente misturado no início do meu discurso. Corresponde exatamente a essa questão. Da mesma forma que há um momento no início do século XVII em que, sem mais, a ciência nasceu, a nossa, assim, no âmbito da medicina, foi produzida, no início do século XIX, essa transformação que mudou radicalmente de sentido o termo 'clínica'. O modo pelo qual ele resolve esse

pressupostos epistemológicos está a lógica da causalidade, que se expressa na crença de que se pode conhecer o que causaria certos fenômenos, sendo que isso permitiria prever seu aparecimento e processo de desenvolvimento, possibilitando, concomitantemente, seu controle, sua prevenção e sua correta e efetiva resolução por meio de intervenções adequadas. Acredita-se que a ciência produza um saber certo e verdadeiro, como se a representação racional e intelectual dos fenômenos fosse um decalque da realidade. O especialista poderia produzir um conhecimento verdadeiro – que se cristalizaria sob a forma de protocolos procedimentais – capaz de oferecer uma solução pragmática para o problema investigado.

A lógica causal é linear e permite ainda a hipótese "problema-solução", com base no conhecimento científico e no manejo técnico correto do objeto. Se pensa que para problemas simples e monocausais existam soluções simples e eficazes. O surgimento de um "problema" é considerado como um fato em si, descontextualizado, passível de ser resolvido, desde que se proceda à sua correta avaliação diagnóstica por meio de determinados instrumentos quantificadores. Isso exige um trabalho minucioso de investigação que detalhe o problema, de modo a aprendê-lo e, depois, propor as técnicas de intervenção necessárias e eficazes para resolvê-lo. Para tanto,

---

problema é tão intimamente coextensivo a tudo que desenvolvi diante de vocês sobre a função do olhar que não posso senão ver aí, ao mesmo tempo, o encorajamento, um conforto e a certeza de que aí se trata exatamente do que está na ordem do dia para o pensamento atual, em níveis distintos, autônomos, independentes e, no entanto, idênticos. Vocês podem constatar tal coisa lendo esse livro que é, para todos os médicos, de um interesse verdadeiramente original e, a respeito do qual, é igualmente um sintoma do estado atual das diversas profissões que a medicina francesa – aquela à qual se dirige, pois é escrito em francês – o tenha absoluta e totalmente ignorado. Foucault me disse ontem à noite que, a 475 exemplares deste livro único que não possui equivalente, a 475 exemplares se reduz sua venda. Espero que aqui haja pessoas bastante para fazerem explodir essa cifra. Repito que há nesse livro é absolutamente virgem, jamais dito. É o único livro que conheço que, em suma, permite a médicos situar exatamente essa espécie de mundo e de produções médicas, que é o mundo de tudo o que foi feito antes do início do século XX, e em relação ao qual, fora desse livro, o acesso é totalmente fechado". (Lacan, 2006b, p.278-279)

considera-se fundamental empregar o método científico com rigor e adotar instrumentos precisos, com base na neutralidade, na objetividade, na previsibilidade e no controle dos resultados.

A clínica do olhar construiu a psicopatologia que está inscrita nos compêndios e manuais de Psiquiatria (Andrade; Santos; Bueno, 2004; American Psychiatric Association, 2014; Assumpção Júnior, 1994; Barlow; Durand, 2008; Cheniaux, 2008; First; Frances; Pincus, 2004; Kaplan; Sadock; Grebb, 1997; Marcelli, 1998; Organização Mundial da Saúde, 1998; Soifer, 1992; Turato, 2003), dando origem ao que se denomina de nosografia (*graphos* = "descrição") enquanto ordenação dos diversos tipos de "doenças", a partir do seu aspecto meramente descritivo. Na psicopatologia também cabe a nosologia (do grego *nósos*, "doença" + *logos*, "tratado"; "razão explicativa") que trata das enfermidades em geral e as classifica do ponto de vista explicativo (isto é, de sua etiopatogenia). Portanto, a partir do que se vê, se passa a elaborar descrições (nosografia) e a produzir explicações sobre as causas dos fenômenos observados (nosologia). O diagnóstico nosológico/fenomenológico é estabelecido a partir do conjunto de dados que podem ser obtido por meio da anamnese (entrevista de pesquisa), do exame físico e também de testes complementares, conforme o caso, tendo como objetivos encontrar algum agente etiológico reconhecido, detectar um grupo identificável de sinais ou de sintomas e verificar se há alterações anatômicas ou psicopatológicas, a partir dos modelos estabelecidos (Bercherie, 1986; Holmes, 2007; Dalgalarrondo, 2008).

Nessa clínica, o indivíduo sofredor é tomado como fenômeno e objeto passivo de intervenção; essa clínica se sofistica de modo reducionista, influenciada pela perspectiva organicista da anatomopatologia, que inaugura os princípios disciplinares doença-cura e anormal-normal. O ser humano é reduzido a um organismo doente, passível de cura quando devidamente diagnosticado e tratado com os medicamentos[5] adequados. Há uma exclusão completa da

---

5 Sobre o complexo processo intenso de medicalização da vida, ver: Aguiar (2004), Moysés e Colares (2007), Rosa (2010), Rosa e Winograd (2011),

subjetividade enquanto realidade psíquica singular (Dunker, 2011a; Kyrillos Neto; Calazans, 2012).

Modelo de atenção da clínica do olhar: a objetificação e a intervenção autoritária por meio de práticas clínicas terapêuticas e pedagógicas disciplinares

Postulamos que a clínica do olhar (Aguiar, 2001) constitui a base epistemológica de uma Psicologia Clínica que diversos autores nomeiam como sendo uma "clínica tradicional" (Vasconcelos, 1986). A Psicologia, diferentemente da Medicina, se ocuparia dos fenômenos do sofrimento psíquico que não possuem causa orgânica definida, e suas diversas formas de diagnóstico e de tratamento – embora possam se pautar pela lógica do discurso médico (Clavreul, 1983) – não incluem a prescrição de medicamentos. Mas, como nos encontramos situados na sociedade de consumo na qual floresce, pujante e vigorosa, a indústria químico-farmacêutica, além da ideologia pragmática de que tudo pode ser tratado – e curado rapidamente – com remédios (Costa-Rosa, 2013d), talvez isso implique num estreitamento ou mesmo na obsolescência da Psicologia enquanto modalidade de intervenção terapêutica convencional. A própria Psicanálise também não parece imune a um destino assim tão funesto. Há um intenso reflorescimento da Psiquiatria, observa-se "[...] seu renascimento triunfal, mas desumanizado, unicamente pela via farmacológica" (Roudinesco, 1988, p.330). Essa "[...]

Machado e Lessa (2012), Caponi et al. (2013), Collares et al. (2016), Galindo et al. (2016), Danziato, Martins e Matos (2018), Ferrazza e Cruz (2018), Henriques (2014), Lopes Besset (2014), Santos (2014), Silva e Canavêz (2017) e Whitaker (2017). Problematizações desse tema podem ser encontradas em publicações do Conselho Federal de Psicologia (2012, 2015), em Whitaker (2017), em Basoli e Benelli (2019) e em Costa-Rosa (2013a), que propõe a possibilidade de um psiquiatra não tão médico e discutiu o lugar específico da medicação na Atenção Psicossocial.

pretensa revolução farmacológica [...]" promoveu "[...] o desfraldamento dos ideais da neurobiologia, forma moderna do velho obscurantismo" (ibidem, p.396), pretendendo significar o colapso das possibilidades da clínica psicológica e também psicanalítica, reputando-as como irrelevantes (Henriques, 2015).

Assim como a medicina possui seus instrumentos e técnicas de avaliação diagnóstica, a Psicologia também possui os seus: a psicometria e os diversos testes psicológicos (Conselho Federal de Psicologia, 2007a; Silva, 2010; Silva; Areosa, 2012; Pasquali, 2016) que têm como objetivo formular diagnósticos psicológicos (Schaurich, 2011) e prescrever o tratamento considerado o mais indicado para o problema detectado (Barlow, 2016; Silva, 2010; Ambiel et al., 2011; Silva; Areosa, 2012). Mas também parece certo de que a fala, que a palavra e a conversa estão entre os principais instrumentos, tanto do diagnóstico quando do tratamento psicológico. A psicoterapia é caracterizada, sobretudo, pela fala e conversa entre o psicólogo e o sujeito que sofre. Parece mesmo ficar subentendido tacitamente que o sofrimento psíquico está relacionado com a fala, com a palavra, daí a importância da conversa e do diálogo no tratamento terapêutico. O paciente fala, o psicólogo interpreta o que o outro diz e essa operação seria curativa: poderia fazer desaparecer o sintoma e remitir o sofrimento, permitindo que o paciente, uma vez curado daquilo que o fazia sofrer, possa retornar para sua vida normal, como era antes do advento da doença.

Essa clínica tradicional da Psicologia permanece restrita ao plano do ego e da consciência racional. Ela pode ser considerada objetificadora e tuteladora do indivíduo, embora ainda se pretenda baseada na interlocução dialógica entre pessoas. Nessa clínica, são importantes os conceitos de indivíduo, razão, emoção, afetos, vontade, consciência, personalidade, comportamento, conduta, caráter. De acordo com Meiras (1987, p.186, *apud* Teixeira, 1997, p.53):

> Em 1935, uma declaração do American Psychological Association anunciava que a Psicologia Clínica tinha como finalidade: definir capacidades e características de comportamento de um indivíduo

> através de testes de medição, análise e observação e, integrando esses resultados e dados recebidos de exames físicos e histórico social, fornecer sugestões e recomendações, tendo em vista o ajustamento apropriado do indivíduo.

A Psicologia Clínica estaria vinculada com a psicoterapia, com o psicodiagnóstico e com a psicopatologia, visando intervenções no ser humano com vistas, sobretudo, ao

> ajustamento psicológico do indivíduo e como princípios o psicodiagnóstico, a terapia individual ou grupal exercida de forma autônoma em consultório particular sob o enfoque intraindividual com ênfase nos processos psicológicos e centrado numa relação dual na qual o indivíduo é percebido como alguém a-histórico e abstrato. (Teixeira, 1997, p.54)

A modalidade de atenção da clínica do olhar pode ser caracterizada por meio do processo denominado de "triagem", quanto à recepção das demandas por tratamento clínico psicológico. Trata-se de um procedimento burocrático, em que a escuta não consiste propriamente na técnica predominante utilizada. Como são as teorias médicas e psiquiátricas que fundamentam a Psicologia como saber/fazer, enquanto concepção do "objeto" das ações, não é de estranhar que, de modo coerente, os "meios" de trabalho empregados pelos psicólogos ainda sejam eminentemente disciplinares, desconsiderando os complexos processos subjetivos e sociais que estão presentes em toda demanda inicial. A intenção principal consiste numa busca de resolução rápida do suposto problema, que faça desaparecer o sintoma incômodo. Para tanto, é fundamental identificar fenomênica e rapidamente os sintomas e enquadrar o problema em categorias psicopatológicas, de modo a proceder ao encaminhamento do caso, incluindo o indivíduo nas intermináveis filas de espera por especialistas, tais como médicos, psiquiatrias ou psicoterapeutas.

Nesse modo de atenção, a recepção opera claramente com uma separação radical entre diagnóstico nosográfico/fenomenológico e

tratamento: a triagem diagnóstica é inicial, e somente depois viria o tratamento propriamente dito. Não se escuta o sujeito, apenas há conversa entre pessoas, e se fala e se ouve a partir de discursos e de ouvidos médicos psicopatológicos e psicologizantes, oferecendo sempre ao indivíduo uma resposta-tampão, geralmente na forma de suprimentos variados: psicológicos, pedagógicos, sociais, materiais ou medicamentosos, distanciando-o cada vez mais de alguma possível implicação subjetiva com relação aos males dos quais se queixa. O tratamento psicológico consiste na psicoterapia, com base na fala, na conversa, no diálogo, processo no qual o psicólogo oferece apoio, aceita incondicionalmente, dialoga, orienta, educa, corrige e, desse modo, trata o seu paciente.

Apresentaremos a seguir um exemplo de um caso de atendimento psicoterapêutico encontrado na bibliografia que consideramos orientado pelo que caracterizamos como clínica do olhar. Trata-se de um caso intitulado "Transtorno de oposição desafiante: perspectiva da Gestalt", sobre "problemas de comportamento" de um menino negro e pobre. Apesar da denominação Gestalt, a autora do caso clínico utiliza o DSM-V para formular o diagnóstico:

> *História clínica*
>
> Petrios Henrique (nome fictício), 09 anos, gênero masculino, negro, classe social baixa, residente na capital de Fortaleza, estudante do 1° ano do ensino fundamental, chegou para atendimento psicológico acompanhado de sua mãe, encaminhado pela escola em que estuda. A principal queixa apresentada pela mãe da criança foi de um comportamento desobediente, agressivo, hostil, surtos de raiva, resistência para executar tarefas escolares, culpabilização do outro pelos seus erros além de não ter controle sobre suas emoções. O paciente traz como demanda um quadro de transtorno de oposição desafiante (TOD), pois os comportamentos de raiva, oposição e agressão são constantes e excessivos já que não se limitam a um único ambiente e se manifestam em diferentes espaços como escola e a casa dos amigos e família. A mãe do paciente relata que desde os seis anos de idade Petrios Henrique tem este comportamento,

porém percebe que depois que o menino soube que seu pai havia sido preso, as explosões de raiva se tornaram mais recorrentes, com impulsividade, conduta rancorosa e vingativa. O que causa para a mãe dificuldade em dar limites à criança.

História familiar

Petrios Henrique, natural de Fortaleza, vive em uma periferia da cidade, tem uma irmã caçula de cinco anos, mora com seus pais, porém, atualmente seu pai está preso por ter cometido um assalto e feito refém os clientes de uma clínica médica. Estuda em uma escola pública do seu bairro. Sua casa é localizada em uma região próxima à escola e acima da casa dos avós maternos, perto da casa da tia materna e de seus primos que são da mesma idade que ele.

O paciente diz que gosta de brincar com seus primos e amigos, não gosta da polícia, e que sua mãe o colocou para fazer aulas de música mas o professor quer ensiná-lo a tocar flauta, porém ele entrou na aula para tocar bateria e não vai tocar nenhum outro instrumento além desse. Petrios Henrique diz que gosta muito de seus avós maternos, mas ao perguntar sobre seu relacionamento com eles começa a brincar, rir e não responde.

O primeiro atendimento ocorre entre a mãe e a psicó1oga, nesta consulta a responsável pela criança admite que durante a gravidez utilizou vários tipos de drogas, não planejou ter o bebê, sempre teve um relacionamento conturbado com o marido. Afirma que a criança já presenciou cenas de briga entre os pais várias vezes. A criança diz que sua mãe sempre sai e ele passa o dia em casa apenas com a irmã, já tentou colocar fogo na asa, pois fica muito irritado quando é deixado em casa trancado, apenas com a irmã ou sozinho.

Hipótese diagnóstica

Nos primeiros atendimentos o paciente estava disperso, mostrando interesse apenas em conhecer e explorar o espaço. Chegava ao Setting terapêutico sempre muito agitado, tentava desestabilizar o ambiente e a psicoterapeuta através de atitudes provocadoras e questionamentos congruentes com sua própria opinião.

De acordo ao DSM-V (2014) os critérios diagnósticos do TDO são:

A: Um padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa com duração de pelo menos seis meses, coma evidenciado por pelo menos quatro sintomas de qualquer das categorias seguintes e exibido na interação com pelo menos um indivíduo que não seja um irmão.

Humor Raivoso/irritável

1. Com frequência perde a calma.

2. Com frequência é sensível ou facilmente incomodado.

3. Com frequência é raivoso e ressentido.

Comportamento Questionador/Desafiante

4. Frequentemente questiona figuras de autoridade ou, no caso de crianças e adolescentes, adultos.

5. Frequentemente desafia acintosamente ou se recusa a obedecer a regras ou pedidos de figuras de autoridade.

6. Frequentemente incomoda deliberadamente outras pessoas.

7. Frequentemente culpa outros por seus erros ou mau comportamento.

Índole vingativa

8. Foi malvado ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos seis meses.

Nota: A persistência e a frequência desses comportamentos devem ser utilizadas para fazer a distinção entre o comportamento dentro dos limites normais e um comportamento sintomático. No caso de crianças abaixo de 5 anos, o comportamento deve ocorrer na maioria dos dias durante um período mínimo de seis meses, exceto se explicitado de outro modo (Critério A8). Embora tais critérios de frequência sirvam como orientação quanto a um nível mínimo de frequência para definir os sintomas, outros fatores também devem ser considerados, tais como se a frequência e a intensidade dos comportamentos estão fora de uma faixa normativa para o nível de desenvolvimento, o gênero e a cultura do indivíduo.

B. A perturbação no comportamento está associada a sofrimento para o indivíduo ou para os outros em seu contexto social imediato (p. ex., família, grupo de pares, colegas de trabalho) ou causa impactos negativos no funcionamento social, educacional, profissional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno psicótico, por uso de substância, depressivo ou bipolar. Além disso, os critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor não são preenchidos.

Especificar a gravidade atual:

- Leve: Os sintomas limitam-se a apenas um ambiente (p. ex., em casa, na escola, no trabalho, com os colegas).

- Moderada: Alguns sintomas estão presentes em pelo menos dois ambientes.

- Grave: Alguns sintomas estão presentes em três ou mais ambientes.

Especificadores:

- Não é raro indivíduos com transtorno de oposição desafiante apresentarem sintomas somente em casa e apenas com membros da família. No entanto, a difusão dos sintomas é um indicador da gravidade do transtorno.

A criança apresenta um transtorno de oposição desafiante com grau grave pois já ocorre há mais de seis meses, tanto no ambiente escolar quanto familiar. É frequente o padrão de humor raivoso/irritável além do comportamento questionador e índole vingativa. Este comportamento ficou perceptível no momento em que são sugeridas as brincadeiras e o paciente questiona e desafia as regras tentando se beneficiar, já a índole vingativa fica explícita durante as consultas no momento em que o cliente diz que quebra objetos ou agride a irmã, pois não gosta quando fica sozinho em casa, sempre questiona seus pais e professores quanto às regras a seguir na escola ou em casa, se mostra sensível ou incomodado em uma brincadeira com amigos e primos.

No início do processo terapêutico Petrios Henrique mostrou dificuldade para lidar com as regras e com a frustração da perda, através de mentiras e de um comportamento verbal agressivo tentava burlar o resultado dos jogos e brincadeiras. Era muito difícil para ele ceder, perder e admitir que estava errado em alguma situação.

Foi possível perceber que a conduta agressiva e desafiadora que o cliente apresentava está relacionada ao ambiente e sistema familiar que ele faz parte. Por isso foi importante fazê-lo perceber o quanto as suas atitudes prejudicavam-no, para que a partir daí tivesse interesse em mudar seu comportamento.

Por se tratar de um atendimento infantil a psicoterapia ocorrerá de forma mais lúdica e durante as brincadeiras o cliente será submetido a reflexões e a um ajustamento criativo mais saudável, tornando sua convivência com os amigos e família mais prazeroso e divertido. (Santos, 2019, p.201-203)

Qual é a incidência da lógica da clínica do olhar na Psicologia? Mesmo que inadvertida, por hipótese, a partir da nossa experiência

clínica no campo da Psicologia, supomos que seja a perspectiva predominante. Alguns exemplos da literatura que nos fornecem evidências nessa direção seriam os seguintes: Teixeira (1997), Noronha (2002); D'Allonnes et al., 2004; Souza (2007), Lisboa e Barbosa (2009), Peuker et al. (2009), Hansen et al. (2012), Silva e Areosa (2012). A vertente da Psicologia denominada de "baseada em evidências" parece uma boa representante dessa modalidade de clínica: Baptista (2010), Melnik e Atallah (2011), Mustaca (2011), Silva e Otta (2013), Melnik, Souza e Carvalho (2014), Nakano (2014), Leonardi e Meyer (2015). De acordo com Sanches (2015, p.55), podemos considerar que a

> [...] psicologia tradicional é a clínica que tomou emprestado de Freud sua segunda tópica fazendo dela a verdade das coisas para o exame psicológico. Foi valendo-se da teoria do Eu e seus mecanismos de defesa que a psicologia tradicional tomou para si a tarefa de moldar egos mais adaptados e fortes, donde o centro de racionalidade diagnóstica da psicologia não é outra instância, senão o Eu. Formulou-se em torno de testes psicológicos um ideal capaz de fornecer uma radiografia das habilidades egóicas, uma verdadeira tomografia do Eu.

Essa vertente clínica tende a ser marcada por um organicismo biológico, por uma perspectiva médica e medicalizadora da vida social, pela psicometria, pela psicologização patologizante da conduta do indivíduo, apresentando uma orientação ética predominantemente ortopédica, adaptativa e normalizadora (Foucault, 2004). Trata-se de ajustar o indivíduo à sociedade, tal como ela é.

> A "ação psicológica" passa a se constituir numa forma de coerção com participação e conformidade, numa forma de manipulação que tenta evitar as reações de oposição às instituições totalitárias e procura tratar uma série de problemas que se manifestam no âmbito social. Daí assistimos à proliferação de visões, perspectivas e interpretações psicologizantes da realidade social, das relações interpessoais [...] Aparentemente, diante do sofrimento das pessoas, tem-se

> apresentado uma única alternativa (além da religiosa) – a intervenção terapêutica. Mas esse sofrimento psíquico é policausado, e uma intervenção médico-psicológica corre o risco de encobrir causas e anular intervenções sócio-políticas. Os indivíduos portadores de tal sofrimento são vistos como "casos", e sobre eles se exerce a perícia psicológica, espalhada e conflituada em diversos campos profissionais: o do médico, o do educador, o do assistente social, o do terapeuta ocupacional, o do psicólogo. A esse esquecimento da causalidade sócio-política, a essa expansão de um "olhar" psicológico e de uma "ação psicológica", com objetivos ideologizantes, podemos chamar de psicologismo. (Guimarães, 1982, p.137-138)

A clínica do cuidado

Na busca de fazer a crítica à clínica do olhar, por causa dos seus fortes matizes médicos, vem se construindo, sobretudo, no campo da Saúde, uma *clínica do cuidado*, centrada na pessoa e no cidadão, deslocando a centralidade do especialista médico e da hegemonia do seu saber científico. Quanto à concepção de objeto, a ideia básica consistiria em buscar "humanizar" o atendimento, prestando mais atenção na pessoa do que na doença. Há um importante esforço em despatologizar e em desmedicalizar o sofrimento e a doença, buscando suas causas processuais no contexto histórico e político da vida social. O modelo "flexneriano" seria substituído por um modelo social, de acordo com Mendes (1996), situando o indivíduo como cidadão no espaço social, histórico e político.

Na literatura científica, encontramos uma ampla, diversa, variada e significativa presença do tema do cuidado no âmbito dos discursos e práticas *psi* que merecem problematização: Merhy (1998), Ayres (2000, 2001, 2004a), Neves (2004), Zoboli (2004), Silveira e Vieira (2005), Püschel, Ide e Chaves (2006), Chardon (2008), Macedo e Dimenstein (2009), Bernardes e Guareschi (2010), Leite e Aragão (2010), Lemke e Silva (2010), Yasui (2010), Barros e Gomes (2011), Jaeger e Romanini (2012), Santos e Sá (2013).

A clínica do cuidado teria como objeto o indivíduo enquanto ator social e como sujeito o cidadão de direitos, sendo pautada pela ética da ação social crítica, politizada e emancipadora. Termos importantes nesse contexto clínico são: inclusão, reinserção, reabilitação, contratualidade social, multidisciplinaridade. Há uma radicalização da dimensão política e uma rejeição da clínica. O ser humano, ser racional, é considerado como uma construção social e histórica, na ordem da política. É um sujeito que possui individualidade própria e que deve ter na sociedade seu lugar de cidadão.

A eliminação da clínica supõe um desconhecimento das diferenças que há entre a clínica médico-psiquiátrica – que de fato serve de base para a clínica da Psicologia tradicional –, a clínica da Psicanálise do ego da qual pensamos que Zimerman (2008) também é um bom representante (embora talvez ele não se entenda assim) e, finalmente, a clínica da Psicanálise do campo de Freud e Lacan, que opera com o conceito de escuta do sujeito do inconsciente.

Modelo de atenção: a clínica ampliada – entre o controle e o cuidado

A crítica marxista – dentre muitas outras, tais como as que se inspiram em Foucault, Deleuze, Guattari e Freud – causou um impacto considerável no campo da Psicologia em geral e na área da clínica em particular, desvelando o caráter elitista e alienante dessa clínica que visava, no fim das contas, produzir um ser humano/indivíduo normal e adaptado, membro integrante da classe trabalhadora na sociedade capitalista. Questionou-se fortemente a psicologização dos problemas sociais que eram traduzidos em doenças mentais, em distúrbios, em disfunções de ordem individual e pessoal.

A Psicologia Social critica, por exemplo, ao fazer uma análise da clínica psicológica tradicional, e termina por dissolver e abolir toda e qualquer clínica, pois nenhuma delas escaparia da pecha de ser patologizante e psicologizante. A palavra de ordem passou a ser o mote da "transformação social" como objetivo a ser perseguido pela

Psicologia. A Psicologia passou a se interessar – por muitas razões, não apenas ideológicas – pelas áreas da Saúde e da Assistência Social, sem abandonar os campos tradicionais da clínica, da Educação e do Trabalho, ocupando-se com as questões e ações "sociais" mais amplas. Buscando engajar-se na luta pela cidadania, a Psicologia passou a se ocupar com as "questões sociais", indo em direção aos grupos sociais marginalizados e excluídos, formados pelos pobres. O trabalho do psicólogo passou a incluir ações na realidade social objetiva, com propostas de formação da consciência crítica e de fortalecimento das organizações populares. A ação política tornou-se o meio de obter efeitos terapêuticos, sendo que a clínica autêntica seria propriamente a ação política e emancipadora.

Podemos falar então de uma perspectiva dialética que substituiria a clínica pela ética da ação social (Benelli, 2014b). Nessa modalidade de atenção, todos são considerados sujeitos, sobretudo, são sujeitos no plano da política, sujeitos dotados de poder e atores capazes de transformar a história. O ser humano é o sujeito da história e, ao tomar consciência disso, pode agir como tal. Busca-se promover a reabilitação para a convivência familiar e comunitária por meio da instrumentalização técnica das dimensões pedagógicas, socioculturais, recreacionais, econômicas e estéticas para fortalecer o sujeito de direitos. As oficinas diversas, as rodas de conversa, os trabalhos grupais são as modalidades típicas de intervenção utilizadas (Kinker; Imbrizi, 2005; Nascimento, 1990).

No campo da Psicologia inserida nas Políticas Públicas, a clínica do cuidado na atualidade se manifesta na figura proeminente da chamada clínica ampliada ou clínica do cotidiano. Já a clínica privada continua sendo exclusivamente psicoterapêutica. Mas qual seria a direção dessa ampliação da clínica? A clínica seria ampliada no sentido de aumentar a variedade dos meios de trabalho: psicoterapia individual, grupo psicoterapêutico, acompanhamento terapêutico, oficinas diversas de socialização e de reconstrução subjetiva, socioterapias, dispositivos de reintegração sociocultural, de trabalho e de geração de renda. Geralmente se busca oferecer uma escuta compreensiva, centrada na oferta de sentidos, podendo deslizar para uma

prática pedagógico-educativa e também moral. É preciso distinguir com clareza os ideais e demandas dos trabalhadores/cuidadores quanto à cidadania e ao que significa estar incluído socialmente, e os dos sujeitos que são tomados enquanto objetos do cuidado.

Nessa perspectiva, já se pretende questionar e problematizar dialeticamente as dicotomias tradicionais entre ciência e política, saber e poder, pensar e fazer, teoria e prática, planejadores e executores, sujeito e objeto, objetividade e subjetividade (como variável interveniente problemática que precisa ser abolida), neutralidade e implicação, mas ainda sem obter grande sucesso quanto a superá-las concretamente. Por exemplo, ainda não se questiona o porquê da existência do especialista do conhecimento científico, mesmo que ele coloque seu conhecimento a serviço dos interesses e necessidades populares. Entre seus riscos típicos, estão o basismo (no qual se considera que todo conhecimento exógeno seria pernicioso e, portanto, o grupo tem que pensar tudo por si mesmo), o ativismo (acredita-se que é mais importante agir do que pensar, estudar, escrever, planejar, sistematizar etc.) e o politicismo (a luta político-partidária é tomada como a via absoluta para a mudança social). Trabalha-se para superar a alienação política e social que auxilia na manutenção de relações sociais injustas, tais como as vividas pelos membros das classes populares oprimidas e exploradas. Nesse sentido, há uma centralidade da *consciência racional* e uma *valorização do poder da informação e do conhecimento* – como instrumentos de superação da alienação – revelando uma mistificação racionalista, pois se acredita que o acesso à informação e ao conhecimento, bem como a crítica à ideologia, seriam o caminho certo para a transformação social (Neves, 2004; Aguiar; Rocha, 2007).

De um modo muito amplo, a partir da clínica do cuidado se pretende assumir um compromisso ético radical com o sujeito doente, bem como a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de Saúde, reconhecer os limites dos diversos conhecimentos dos profissionais de Saúde e das tecnologias que utilizam e buscar outros conhecimentos em diferentes setores.

Em termos de efeitos éticos, a intervenção cuidadora oscila entre a tutela social e o cuidado ou entre o controle e o cuidado. Na busca

em superar uma *clínica do olhar*, fundamentalmente baseada na perspectiva médica, com diagnósticos fenomenológicos e nosográficos estandardizados, na qual o médico especialista está diante de um organismo, se passaria a considerar o plano da intersubjetividade, centrado num encontro entre pessoas, que inclui a "conversação terapêutica", o aconselhamento e, inclusive, a sugestão. A oferta de ajuda seria baseada também na identificação compassiva com aquele que sofre, de acordo com Ferreira (2000).

Segue um exemplo da clínica do cuidado encontrado na bibliografia:

> Saí do consultório e caminhei pelo corredor lateral até a sala de espera, cartão de identificação à mão, para chamar a próxima paciente. Já era final de uma exaustiva manhã de atendimento no Setor de Atenção à Saúde do Adulto da unidade básica. Ao longo do percurso fiquei imaginando como estaria o humor da paciente naquele dia – o meu, àquela hora, já estava péssimo. Assim que a chamei, D. Violeta, nome fictício, veio, uma vez mais, reclamando da longa espera, do desconforto, do atraso de vida que era esperar tanto tempo. Eu, que usualmente nesse momento, sempre repetido, buscava compreender a situação da paciente, acolher sua impaciência e responder com uma planejada serenidade, por alguma razão nesse dia meu sentimento foi outro. Num lapso de segundo tive vontade de revidar, nesse primeiro contato, o tom rude e agressivo de que sempre era alvo. Quase no mesmo lapso, senti-me surpreso e decepcionado com esse impulso, que me pareceu a antítese do que sempre acreditei ser a atitude de um verdadeiro terapeuta, seja lá de que profissão ou especialidade for. Essa vertigem produziu em mim muitos efeitos. Um deles, porém, foi o que marcou a cena. Ao invés da calculada e técnica paciência habitual, fui invadido por uma produtiva inquietude, um inconformismo cheio de uma energia construtora. Após entrar no consultório com D. Violeta, me sentar e esperar que ela também se acomodasse, fechei o prontuário sobre a mesa, que pouco antes estivera consultando, e pensei: 'Isto não vai ser muito útil. Hoje farei com D. Violeta um contacto inteiramente

diferente'. Sim, porque me espantava como podíamos ter repetido tantas vezes aquela mesma cena de encontro (encontro?), com os mesmos desdobramentos, sem nunca conseguir dar um passo além. Inclusive do ponto de vista terapêutico, pois era sempre a mesma hipertensa descompensada, aquela que, não importa quais drogas, dietas ou exercícios prescrevesse, surgia diante de mim a intervalos regulares. Sempre a mesma hipertensão, o mesmo risco cardiovascular, sempre o mesmo mau humor, sempre a mesma queixa sobre a falta de sentido daquela longa espera. A diferença hoje era a súbita perda do meu habitual autocontrole; lamentável por um lado, mas, por outro lado, condição para que uma relação inédita se estabelecesse. Para espanto da minha aborrecida paciente não comecei com o tradicional 'Como passou desde a última consulta?'. Ao invés disso, prontuário fechado, caneta de volta ao bolso, olhei bem em seus olhos e disse: 'Hoje eu quero que a senhora fale um pouco de si mesma, da sua vida, das coisas de que gosta, ou de que não gosta... enfim, do que estiver com vontade de falar'. Minha aturdida interlocutora me olhou de um modo como jamais me havia olhado. Foi vencendo aos poucos o espanto, tateando o terreno, talvez para se certificar de que não entendera mal, talvez para, também ela, encontrar outra possibilidade de ser diante de mim. Dentro de pouco tempo, aquela mulher já idosa, de ar cansado – que o característico humor acentuava –, iluminou-se e pôs-se a me contar sua saga de imigrante. Falou-me de toda ordem de dificuldades que encontrara na vida no novo continente, ao lado do seu companheiro, também imigrante. Como ligação de cada parte com o todo de sua história, destacava-se uma casa, sua casa – o grande sonho, seu e do marido – construída com o labor de ambos: engenheiros e arquitetos autodidatas. Depois de muitos anos, a casa ficou finalmente pronta e, então, quando poderiam usufruir juntos do sonho realizado, seu marido faleceu. A vida de D. Violeta tornara-se subitamente vazia, inútil – a casa, o esforço, a migração. Impressionado com a história e com o modo muito "literário" como a havia narrado para mim, perguntei, em tom de sugestão, se ela nunca havia pensado em escrever sua história, ainda que fosse apenas para si mesma. Ela entendeu

> perfeitamente a sugestão, à qual aderiu pronta e decididamente. Não me recordo mais se ela ainda voltou a reclamar alguma vez de demoras, atrasos etc. Sei que uma consulta nunca mais foi igual à outra, e eram de fato 'encontros', o que acontecia a cada vinda sua ao serviço. Juntos, durante o curto tempo em que, por qualquer razão, continuamos em contato, uma delicada e bem-sucedida relação de cuidado aconteceu. Receitas, dietas e exercícios continuaram presentes; eu e ela é que éramos a novidade ali. (Ayres, 2004b, p.17-18)

A clínica do cuidado supera e avança com relação à clínica do olhar, mas nossa hipótese é de que ela ainda não apresenta os elementos suficientes para nos permitir, como psicólogos, a alcançarmos "em seu horizonte a subjetividade de sua época" (Lacan, 1998a, p.322). Para isso, é preciso dar mais um passo, que passa pela crítica aos limites da Psicologia como ciência disciplinar e pela apropriação da perspectiva da Psicanálise de Freud e Lacan quanto a uma clínica do sujeito.

Uma opção outra: a subversão da Psicologia pela Psicanálise

Os limites da Psicologia da consciência são problematizados por Freud, segundo Althusser (1984). A teoria do inconsciente, enquanto um constructo científico da Psicanálise seria capaz de explicar todo um conjunto complexo de efeitos psíquicos, desvelando e colocando em xeque "uma certa ideia natural, espontânea do homem como sujeito, cuja unidade está assegurada ou coroada pela consciência" (ibidem, p.83). O que a obra de Freud torna explícito é que a Psicologia pode ser considerada então como "uma formação teórica da ideologia burguesa, que desempenha o papel que lhe corresponde na luta de classes ideológica" (ibidem, p.83): ela dissimula as relações entre as classes sociais e oculta a luta de classes por meio de uma estratégia de psicologização, patologização e pedagogização terapêutica da "questão social", que deriva do conflito essencial

entre capital e trabalho. Nesse sentido, seria possível afirmar que a luta de classes é determinante para entender todo um conjunto de supostos "problemas psicológicos", tais como a "baixa autoestima", a "depressão", as "carências afetivas", os "desajustes de comportamento", os "problemas de conduta" etc., economizando hipóteses psicopatológicas desnecessárias. Mas fazemos a ressalva de que, com tal afirmação, não estamos reduzindo o plano psíquico ao plano histórico, social, econômico e cultural. Com Freud e Lacan, é possível entender que a realidade psíquica guarda uma especificidade própria que está para além de toda dicotomia simplista indivíduo--sociedade, interno-externo etc. Interessa-nos destacar o conceito de subjetividade, que é, sim, social, histórico e cultural, mas que, na concepção de Freud e Lacan, também é constituída estrutural e simbolicamente por meio de processos complexos.

O caráter paradoxal do objeto da Psicanálise faz dela uma ciência conflituosa bem diferente da Psicologia, que promove tradicionalmente processos de harmonização e de integração ao sistema social vigente, pois o inconsciente – enquanto conceito científico – cria um sério conflito social, ideológico, político e epistemológico para a Filosofia e para a ciência burguesa que ela fundamenta. Daí as resistências, críticas, ataques externos e revisionismos internos que marcam a história da Psicanálise (Baratto; Aguiar, 2007). Há uma "hostilidade da ideologia burguesa do homem, frente à teoria do inconsciente" (Althusser, 1984, p.84). O que se encontra em xeque com Freud é a própria "forma da ideologia burguesa" que fundamenta a Psicologia como ciência burguesa, centrada na ideologia do sujeito consciente. De acordo com a ideologia burguesa, o ser humano é concebido como sujeito, "como unidade idêntica a si e identificável por si, em especial por esse *por si* por excelência que é a consciência de si" (ibidem, p.84). Tal "sujeito consciente de si" fundamenta a concepção liberal de indivíduo racional capaz de responsabilidade moral e jurídica, de cidadão de direitos na ordem da política e de sujeito psicológico da consciência racional.

> Na categoria de sujeito consciente de si, a ideologia burguesa representa os indivíduos como o que estes devem ser, para aceitar a

> própria submissão à ideologia burguesa, representa-os como dotados da unidade e da consciência (essa mesma unidade) que devem ter para unificar suas diferentes práticas e seus diferentes atos sob a unidade da classe dominante. (ibidem, p.85)

Ainda de acordo com Althusser (1984), Freud e a Psicanálise questionam a tradição filosófica clássica e racionalista e as formações teóricas da ideologia burguesa: as ciências humanas e sociais – Educação, Psicologia, Sociologia, Antropologia, Economia Política etc. – bem como suas formações práticas – moral, Pedagogia e religião. E nisso Marx e Freud coincidiriam: foram "homens que sabiam não apenas o que significava lutar, mas que sabiam também que traziam ao mundo ciências que não poderiam existir a não ser na e pela luta, pela simples razão de que o adversário não podia tolerar sua existência: ciências conflituosas, sem nenhum compromisso possível" (ibidem, p.86).

Em que consiste a subversão freudiana[6] da Psicologia, ao inventar a Psicanálise? A Psicologia está fundada na noção de sujeito consciente, unificado e racional, o que pode ser denominado, conforme a época, de caráter, de personalidade ou de identidade, remetendo sempre a uma suposta interioridade psicológica. Freud não nega o plano da consciência racional, reconhece sua existência e importância, mas afirma que o plano psíquico do inconsciente em sua especificidade está descentrado com relação à instância da consciência. Ele postula que o aparelho psíquico é composto por sistemas diferentes que não são redutíveis a um princípio único.

---

6 De acordo com Dunker (2011b, p.440-441), "subversão significa inverter e deslocar o sentido de um processo. Não é apenas a passagem ao contrário, mas é esta passagem acrescida de um deslocamento novo. Sua figura não é o círculo, mas a elipse. Ou seja, uma passagem que inverte o centro e o mantém em deslocamento. *Versus* deriva do verbo latino *verso*, que indica 'girar', 'torcer', 'examinar' ou 'voltado em direção a'. Notemos a insistência das variações do termo verso na obra de Lacan: a subversão do sujeito (*sub-version*), a travessia da fantasia (*tra-verse*), o avesso da psicanálise (*envers* também tem o sentido de 'retorno'), as versões ou *pére*-versões do Nome-do-Pai (*version* e *pére-version*). É neste sentido que falamos em uma subversão da clínica, com a preservação de sua estrutura". Sobre a subversão freudiana do discurso médico, ver Clavreul (1983).

> Este aparelho psíquico não é uma unidade centrada, mas um conjunto de instâncias constituídas pelo jogo do recalcamento inconsciente. A aparição do sujeito, o descentramento do aparelho psíquico com relação ao consciente e ao ego são simultâneos a uma teoria do ego revolucionária: o ego, que antes era unicamente o reino da consciência, converte-se ele mesmo, em parte, em inconsciente, parte interessada no conflito do recalque inconsciente pelo qual se constituem as instâncias. (ibidem, p.90)

O inconsciente, objeto científico da Psicanálise, faz parte do psíquico, não é nem uma realidade material (organismo biológico), nem uma realidade meramente social (composta essencialmente pelo plano das relações sociais definidas por Marx como determinantes dos indivíduos, independentemente de sua consciência), tampouco coincide com um certo plano imaginário que supõe que a consciência seria derivada e determinada por meio do "desenvolvimento psicológico". Para Freud, os fenômenos originados pelo aparelho psíquico e, de modo especial, os efeitos do inconsciente, constituem uma realidade singular, chamada de *realidade psíquica*, distinta de um certo "plano psicológico" de matiz imaginário. Essa concepção de inconsciente não tem nada em comum com o inconsciente da tradição filosófica, que considera a consciência como a verdade de suas formas inconscientes (ibidem, p.91-92): para Freud, a consciência não coincide com o *sujeito do inconsciente*. Adiante, se pode ver como, partindo de tais questões, derivamos uma clínica crítica que se configura na clínica da Atenção Psicossocial, com a hipótese de que assim se poderia superar a dimensão disciplinar da Psicologia.

Iannini (2012, p.34) explica que Lacan pretendeu refundar a Psicanálise em oposição à Psicologia, buscando evitar seus numerosos impasses enquanto campo disciplinar:

> Adivinhar as razões de tal empreendimento implica descobrir a envergadura do projeto lacaniano de refundação da psicanálise, porque se trata de fundá-la em oposição à psicologia, a fim de evitar os tantos impasses constitutivos daquela disciplina. Impasses

de natureza ideológica, mas também epistemológicos, clínicos e éticos. A distância tomada em relação à psicologia economiza toda uma pletora de impasses. Não apenas a dívida histórica da psicologia com relação à ideologia da correção e da disciplina, mas também os impasses epistemológicos de *ou* encerrar a subjetividade a partir de métodos experimentais *ou* abdicar da pretensão epistêmica em favor da interpretação da subjetividade, além da difícil postulação da unidade da psique e da psicologia, temas incontornáveis da epistemologia da psicologia; o impasse ético-clínico de como fundamentar o horizonte do *télos* do tratamento sem apelar para parâmetros normativos da moral vigente, isto é, sem sucumbir a uma clínica pragmática da adaptação ou a uma ética utilitária. Com efeito, a psicologia nunca soube esconder sua dívida para com os dispositivos de controle da sociedade disciplinar que, como mostrou Foucault, são constitutivos de sua emergência. Tudo isso torna o projeto lacaniano de refundação da psicanálise muito mais atraente.

É ainda com essa "pletora de impasses" ideológicos, epistemológicos, clínicos e éticos com os quais nos debatemos, apostando na hipótese de que a Psicanálise pode nos ajudar a subverter a Psicologia como campo disciplinar, reconhecendo e problematizando seus limites e abrindo-nos para outras possibilidades transdisciplinares.

A clínica da escuta do sujeito com base na Psicanálise do campo de Freud e Lacan[7]

São complexas e delicadas as relações entre a Psicologia, a Psicologia Clínica e a Psicanálise, tal como indicam os estudos de Aguiar

7 Dunker (2011b, p.439) caracteriza a estrutura singular da clínica psicanalítica: "a escuta torna-se a essência desse novo projeto clínico. Escuta metódica, atenta ao detalhe, à pequena incongruência, ao deslize, à repetição ou à ruptura da fala. Flutuante e aberta às interrupções, insistências e silêncios do discurso. Tal escuta trará para o centro da cena clínica aquilo que o olhar médico deixava na sombra". Ele descreve esquematicamente a semiologia, a etiologia, a

(2000, 2001, 2002), nos quais discute o que caracterizaria o método clínico e os conflitos entre a Psicanálise e a Psicologia na universidade francesa, com alguns apontamentos sobre a situação brasileira. Considerando isso, entendemos que a Psicanálise de Freud-Lacan representaria uma importante possibilidade de resolver alguns dos impasses das clínicas do olhar e do cuidado. Não se trata propriamente de apologia, mas de considerar a especificidade da clínica psicanalítica de Freud-Lacan no campo das diversas psicanálises (Mezan, 1988a; Roudinesco; Plon, 1998).

Não seria toda e qualquer psicanálise que conseguiria produzir efeitos de implicação subjetiva e sociocultural. Sabemos, por exemplo, que o DSM (até sua terceira versão) tinha na Psicanálise sua base conceitual. Muitas psicanálises produziram e continuam produzindo nosologias e nosografias. Da mesma forma, muitas psicanálises continuam sendo usadas, atualmente, como fundamentação para a psicopatologia. De acordo com a perspectiva singular apresentada por Costa-Rosa (2013a), um psicólogo precisa ser avisado pela Psicanálise do campo de Freud e Lacan (Fink, 1998, 2018; Cabas, 2009; Garcia-Roza, 2009; Lenzi, 2013) como campo transdisciplinar.

É importante apresentar a definição e o conceito de subjetividade com o qual se trabalha nessa clínica do sujeito. A subjetividade, diferentemente dos conceitos de identidade, personalidade e comportamento – próprios da Psicologia disciplinar, remetendo a uma noção de interioridade psicológica de caráter inato, que se desenvolve e culmina no ego como instância central, consciência racional una

---

diagnóstica e a terapêutica psicanalítica do campo de Freud e Lacan, explicitando a subversão que ela exerce na clínica clássica: "é uma operação de conjunto que funda uma nova discursividade, como assinalou Foucault (1970). É por isso que sua semiologia, constituída a partir da linguagem, sua diagnóstica baseada na transferência e sua concepção etiológica baseada no inconsciente e na pulsão fundam, de fato uma clínica" (ibidem, p.478). Quanto à terapêutica, Dunker (2011b), ao apresentar a estrutura do tratamento psicanalítico, afirma que "a experiência psicanalítica envolve vários momentos: as entrevistas preliminares, a entrada em análise, a interpretação dos sintomas, a superação das resistências, a construção da fantasia e o final do tratamento" (p.327). Sobre os fundamentos e modos da técnica na clínica psicanalítica, ver também Fink (2017).

e indivisível, capaz de pensar, sentir e agir – permite uma compreensão mais acurada da complexidade singular do humano.

A subjetividade humana não é um dado *a priori*, ela se constitui por meio de processos, não está dada nem pronta em cada filhote de ser humano que chega ao mundo humano. Todo filhote de ser humano tem como desafio percorrer um processo de constituição subjetiva próprio. Esse processo de constituição subjetiva diz respeito ao advento e à emergência do sujeito no *infans*, condição de sua humanidade, o que se realiza no âmbito da linguagem.

A subjetividade humana inclui planos distintos[8]. Um deles pode ser chamado amplamente de campo social – no qual se podem localizar a história, a linguagem, a cultura, a política, a economia – englobando também os suportes da tecnologia, da informática e da mídia, correspondendo às dimensões imaginárias e simbólicas nas quais o ser humano, já constituído como tal, habita. O outro é o plano da realidade psíquica particular, sempre contextualizado no campo social mais amplo, no qual o ente que chega ao mundo como filhote de ser humano, feito de carne, vivencia um processo de constituição subjetiva ou um processo de subjetivação por meio do qual ele constrói sua máquina de subjetivar, ou seu "aparelho psíquico", como denominou Freud. O filhote humano, enquanto *infans* – sem fala – por meio de complexos processos psíquicos constrói uma realidade de consistência moebiana na qual não há solução de continuidade entre um "dentro" e um "fora", entre o "psíquico" e o "social", entre pensamento/linguagem e cultura. A realidade humana, de teor imaginário, simbólico e real é uma construção singular que permite ao ser humano habitar uma realidade compartilhada e social,

8 Neste ponto é preciso mencionar que algumas particularidades da teorização que se segue são inspiradas nos textos preparados para as aulas do Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa, ministradas nos cursos de graduação e pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, São Paulo, durante os anos de 2011 a 2016. Sua apresentação dos processos de subjetivação, das modalidades estruturais da máquina de subjetivar e de suas sobremodalizações a partir da Psicanálise possui originalidade e não é comum entre os autores do campo.

protegendo-o da dimensão do real como impossível e impalatável para sua condição humana.

A máquina de subjetivar indica a dimensão psíquica singular de cada ser humano. Há diferentes modalidades de construção dessa máquina subjetiva – o que não quer dizer que haja uma melhor ou pior que a outra e mesmo os termos tais como "doença" e "patologia" não têm qualquer utilidade nessa perspectiva – ou se pode dizer que há diversos processos de constituição do sujeito. Também é possível mapear diversas sobremodalizações desses processos, bem como seus impasses específicos.

Na modalidade de constituição subjetiva por foraclusão (Fink, 1998, 2018; Cabas, 2009; Quinet, 2006), os indivíduos vivem nas suas condições históricas, culturais, sociais e familiares sem maiores problemas. Suas possíveis pendências quanto aos avatares do seu processo de constituição subjetiva primária e sua consolidação numa modalidade específica não são perceptíveis no seu cotidiano. Não se pode, sem mais, considerá-los "doentes mentais", nem "psicóticos" ou "loucos". Eles vivem sua existência num arranjo de consistência imaginária com potência simbolizante, habitando a realidade social compartilhada. O advento de injunções da realidade pode lhes exigir uma resposta de simbolização da qual não são capazes. Isso pode produzir um desmoronamento da sua realidade psíquica e a desmontagem da sua máquina de subjetivar. A esse processo de desmoronamento da realidade psíquica também se denomina de deflagração da foraclusão – trata-se da "crise psicótica" – e o indivíduo pode revelar então sua sobremodalização psíquica: esquizofrenia, paranoia ou melancolia, com seus respectivos impasses: despedaçamento corporal, delírio e tristeza extrema.

Na modalidade de constituição por renegação, encontram-se os indivíduos que manifestam uma particular relação com o gozo sexual. Eles eram indevidamente denominados de "perversos". É mais adequado falar em "derivas de gozo", incluindo os impasses do fetiche e da toxicomania.

Na modalidade de constituição por recalcamento, também se pode dizer que o indivíduo habita a realidade sem problemas e

tampouco se notam de modo especial suas eventuais pendências quanto ao seu singular processo de constituição subjetiva primária. Não é correto denominá-los "neuróticos" ou "recalcados". Eles vivem sua existência num arranjo de consistência simbolizante, habitando a realidade social compartilhada. O advento de injunções da realidade pode lhes exigir uma resposta de simbolização tal que sobrepuja suas capacidades, ocasionada por uma falha no processo de recalcamento. Mas, no seu caso, isso não pode produzir um desmoronamento da sua realidade psíquica e nem a desmontagem da sua máquina de subjetivar. O indivíduo passa a manifestar diversos impasses sintomáticos, por meio dos quais se pode deduzir sua sobremodalidade psíquica: a histeria apresenta sintomas no corpo, a neurose obsessiva, no pensamento, e a fobia, na projeção em um objeto externo.

Modelo de atenção: a escuta do sujeito e a implicação subjetiva e sociocultural

A Psicanálise do campo de Freud e Lacan concebe um "objeto" que é, sobretudo, um sujeito que se constitui e se produz, tanto no plano do desejo quanto no do carecimento. Portanto, na Atenção Psicossocial, os "meios" de trabalho precisam estar à altura das demandas de subjetivação com as quais o sujeito, que inclui o indivíduo e sua realidade psíquica/social, se apresenta (Rinaldi, 2006; Périco, 2014). Nesse caso, o psicólogo já recebe "escutando" e não respondendo com a oferta de objetos ou de explicações, despachando e encaminhando em seguida (Périco; Rinaldi, 2022). Como na perspectiva psicanalítica não há separação entre diagnóstico e tratamento, a recepção já inclui uma escuta específica, partindo da exigência de superação radical do princípio objetalizador que se expressa no processo de atendimento típico de queixa-solução/suprimento. O psicólogo precavido pela Psicanálise utiliza-se das "entrevistas preliminares", considerando suas três funções essenciais de acordo com Quinet (2000): sintomal, diagnóstica e

transferencial. Acolher e receber escutando consiste numa oferta de escuta normalmente temporária, o que certamente demanda avanços teórico-técnicos fundamentais quanto ao manejo da transferência. A recepção pautada na escuta do sujeito já consiste, portanto, num ato clínico, pois não há separação entre diagnóstico e tratamento (Fink, 2017). Para que a recepção-escuta se caracterize como um "ato de intercessão clínica", é preciso que ela inclua pelo menos um início de alguma implicação subjetiva do sujeito em suas próprias questões (Tenório, 2000). Esse é um fator essencial para o que se define como "encaminhamento *na* transferência" (Périco; Costa-Rosa, 2015a).

A clínica do sujeito pautada pela Psicanálise do campo de Freud e Lacan inclui um conjunto de conceituações fundamentais, tais como: o sujeito, o inconsciente, a transferência e a interpretação. Se o indivíduo é o ente sem divisão, o sujeito é própria e estruturalmente dividido. Costa-Rosa (2013a, p.320) oferece uma síntese elucidativa sobre esse modo singular de atenção:

> Primeiro, é preciso reconhecer a posição do sujeito ($) como agente demandante e proprietário único de um saber capaz de dar conta de seu sofrimento e também da possibilidade de produzi-lo, mesmo que na ocasião do primeiro encontro ele o atribua ao outro situado como mestre (S1) e se fixe na exigência imediata de sentidos tautológicos para sua existência. Segundo, é preciso reconhecer a especificidade desse saber para além da consciência e vontade (embora seja preciso notar também que estas não estão excluídas), como saber inconsciente, determinando a posição do sujeito como protagonista nas condições dadas tanto da sua história sociocultural quanto da sua história subjetiva. Terceiro, é preciso reconhecer a posição do sujeito como produção de sentido, como corte no instituído, como sujeito que aparece em forma de significante no Outro (Lacan, 1982), ou seja, sujeito como enunciação de sentidos novos, concretizados em significantes novos, produzidos na própria intercessão significante, e que podem permitir ao indivíduo remanejar o sofrimento subjetivo e sua posição

nos laços sociais que o atravessam e nos quais é atravessador. Por último, é preciso reconhecer a necessidade de suspensão radical do saber enciclopédico-pedagógico-cuidador, por parte do operador (suspensão no sentido dialético do termo).

Na bibliografia, encontramos um conjunto de trabalhos que seriam representativos dessa modalidade de clínica na atualidade: Lima e Altoé (2005); Rinaldi (2006); Campos (1996/1997); Campos et al. (2009); Costa-Rosa (2013a); Mariano (2011); Silva, A. C. (2012); Sathler (2013); Benelli (2014b); Périco (2014); Périco e Costa-Rosa (2015a, 2015b); Bueno (2016); Jardim (2016); França e Costa (2017); Cury Júnior (2015); Costa (2021); Shimoguiri (2021) e Mexko (2021). Vejamos um caso ilustrativo apresentado por Périco (2021, p.140-141), nomeado como "Robson, 'entre a neurose e o embrutecimento'":

> Foi uma experiência de trabalho em uma Unidade Básica de Saúde. Devido à constatação de que a Casa de Acolhimento de Crianças e Adolescentes estava encaminhando sistematicamente todos os seus acolhidos (procedimento que passava pelo discernimento do psicólogo do Estabelecimento), decidimos convidar a equipe para uma reunião, com o pretexto de que queríamos discutir os casos recentemente encaminhados. Com esse "pretexto" tínhamos a intensão de instalar um analisador construído. Após uma primeira reunião com a equipe técnica, a fim de darmos seguimento a esse assunto, dispomo-nos a ir até o Estabelecimento para participar de algumas reuniões junto com os trabalhadores "cuidadores". Em um desses encontros, surge o assunto sobre Robson, um adolescente que estava tendo muitos acessos de heteroagressividade, dentro e fora da Casa de Acolhimento. Aos poucos, com muito cuidado, conseguimos discutir sobre a forma como este rapaz era tratado no local, sobretudo pelos "cuidadores" que mais tempo passavam com os acolhidos. A partir de nossas perguntas, eles próprios foram concluindo que estavam, como diz uma cuidadora, "exigindo demais do garoto". Reconheceram que, muito insistentemente, estavam cobrando do jovem que abaixasse a tampa da privada, que

arrumasse a cama e que comesse de garfo e faca, o de que ele sempre se esquecia ou fazia incorretamente. Segundo uma cuidadora, em um dos seus rompantes de raiva, após lhe chamarem a atenção, ele grita à mesa: "eu não sou como vocês, sou pobre, eu como com a mão!". Nesse instante da reunião, a Assistente Social nos informa que, desde que nasceu, ele morava em uma casa que sequer tinha banheiro. Quanto ao garfo e faca, bastou destacarmos uma informação já mencionada naquela reunião: que se tratava de uma família que na maioria das vezes não tinha o que comer. Ora, como poderia esse jovem, sobretudo em um momento tão crítico relacionado a rupturas importantes de seus vínculos familiares, que até então viveu em um contexto específico, incorporar hábitos tão distantes da sua realidade sociossimbólica? E não seria esse um dos tipos dos casos aos quais Freud (1919/2010a, p. 291) se refere dizendo que, dada *uma vida de muitas privações*, se não forem analisados, "só têm diante de si a escolha entre a neurose e o embrutecimento"? Esse adolescente foi por nós recebido e tratado em um grupo psicoterapêutico, do qual pôde se beneficiar bastante. No entanto, avaliamos que a sua melhora não ocorreu sem as mudanças na forma como era *tratado* no Estabelecimento onde "residia", incluindo um importante trabalho interprofissional, entre outros, com o educador físico responsável por treinar um time de futebol, numa atividade oferecida pela Secretaria de Esportes do município. Outro efeito colhido foi a diminuição do número de encaminhamentos feitos pela Casa de Acolhimento. O nosso trabalho de intercessão junto à demanda dos sujeitos e junto às encomendas de outros Estabelecimentos nunca é fácil. No caso citado, tivemos muitas dificuldades com o psicólogo do local que, inclusive, tentou várias vezes boicotar as reuniões. Estas somente ocorreram por insistência da Assistente Social do Estabelecimento, com quem já tínhamos um bom contato e uma boa *sintonia paradigmática* constatada e potencializada nas Reuniões de Rede do município. Por fim, nosso trabalho realizou-se à revelia das ações do psicólogo da Casa de Acolhimento, que não só não trabalhava essas problemáticas junto aos "cuidadores", como corroborava a forma disciplinar de tratar os sujeitos acolhidos, uma forma de

trabalhar que, portanto, só fazia repetir as mesmas relações disciplinares socialmente dominantes.

É possível encontrar na Psicanálise de Freud e Lacan uma teoria que demonstra como a realidade subjetiva se constitui primariamente e se processa no bojo mesmo da realidade social e histórica e, concomitantemente, constitui essa mesma realidade. Trata-se de uma singular, complexa e ampla Teoria sobre a Subjetivação. Entendendo como os fenômenos psíquicos se constituem na sua processualidade complexa e específica, em seus múltiplos movimentos e vicissitudes, impasses e modalizações, o psicólogo poderia situar-se ética e adequadamente na escuta, no trabalho clínico e social, buscando promover *processos de subjetivação e de singularização* que permitam o equacionamento tanto de impasses psíquicos quanto das emergências relacionadas com transformações individuais e sociais, a partir da implicação subjetiva e sociocultural (Costa-Rosa, 2000).

Na vertente clínica tradicional ou psicologizante, de acordo com as críticas aos limites teórico-técnicos, sociais, políticos e éticos da Psicologia como ciência e como profissão, podemos afirmar que o terapêutico se baseia numa ordem que se impõe (governo do outro), num conselho que pretende persuadir ou num medicamento que oferta uma melhora mágica. Para isso se prestam os discursos do mestre (DM), o universitário (DU) e o capitalista (DC) (Lacan, 1992; Périco (2014); Périco; Costa-Rosa, 2015a, 2015b). Entendemos que, quando se pretende promover um equacionamento dos impasses, tanto dos subjetivos – pois impasses psíquicos exigem trabalho psíquico para seu equacionamento – quanto dos denominados de "sociais", é preciso realizar uma suspensão dos saberes enciclopédicos, pedagógicos e tuteladores-cuidadores, passando a localizar-se no discurso da histeria (DH) ou do analista (DA), enquanto modalidades discursivas que visam à ética da singularização desejante.

Conclusão: possibilidades de atuação profissional para o psicólogo a partir das modalidades de clínica e suas éticas

Neste ensaio, quisemos discutir a questão de um possível lugar específico, não propriamente melhor, para o psicólogo, na perspectiva da Atenção Psicossocial, no contexto particular das políticas públicas sociais de Saúde, de Educação e de Assistência Social. Como e com o que ele poderia contribuir com uma equipe de trabalhadores nesses diferentes âmbitos? Podemos considerar que essa possível especificidade não está dada pela própria Psicologia como área disciplinar particular, mas depende, sobretudo, de uma eventual subversão das funções eminentemente disciplinares e normalizadoras desse campo de saberes e de poderes produtores de realidade social e de subjetividade. A Psicanálise do campo de Freud e Lacan apresenta interessantes possibilidades para tal subversão, possibilitando que o profissional psicólogo possa atuar de modo não normalizador e não disciplinar, a partir do manejo teórico-técnico do conceito de subjetividade, tal como formalizado nessa área.

Resumidamente, as hipóteses quanto aos tipos de clínica psicológica existentes na atualidade seriam as seguintes: a *clínica do olhar* que fundamentaria a *clínica tradicional*, enquanto uma mistificação psicologizante e patologizante da subjetividade, pautada na *intromissão* sobre o indivíduo, tendo como seu núcleo central a consciência racional, visando, sobretudo, à *prevenção-tratamento-cura-reabilitação* do objeto (ética da tutela e da interlocução), nomeado também como caráter, conduta, comportamento, personalidade, identidade; a *clínica psicossocial* em duas versões possíveis: a) a *clínica ampliada*, como proposta de superação do modelo anterior, numa perspectiva dialética e crítica, buscando promover a *intervenção* sobre o objeto, mas já considerando-o como sujeito capaz de formação crítica e de uma atuação social organizada, reivindicadora e transformadora; b) a *clínica do cuidado*, que incluiria de modo ainda algo eclético aspectos da Filosofia da diferença e promoveria uma desconstrução genealógica, histórica e social dos fenômenos psíquicos tidos como

patológicos, propondo seu equacionamento no plano da política e na ordem da cidadania, tomando o sujeito cidadão como *objeto de cuidado*; e, finalmente, uma clínica outra, a *clínica da escuta do sujeito* que se articula como a *clínica da Atenção Psicossocial*, que se pautaria de modo lógico e transdisciplinar pelo materialismo histórico, pela Análise Institucional francesa, por contribuições da Filosofia da diferença, incluindo a Psicanálise do campo de Freud e Lacan quanto aos processos primários de constituição subjetiva e dos seus impasses diversos, visando operar práticas de *intercessão* junto ao sujeito, cidadão e sujeito de desejo, visando ao *cuidar-se*.

Foi o conceito de *subjetividade* que permitiu a construção dessas possíveis figuras paradigmáticas da clínica no campo da Psicologia. É preciso notar que nas modalidades da clínica ampliada e psicossocial, a *clínica* no sentido estrito costuma ser abandonada, por ser considerada irremediavelmente psicologizante, alienante e tuteladora, alinhada com o paradigma médico-psiquiátrico (Lima; Altoé, 2005). Mas a clínica no campo de Freud e Lacan, ao se ocupar com a questão do *sujeito*, desde logo, não pode ser reduzida a isso.

Podemos considerar que em geral, na atualidade, o lugar ético possível para o psicólogo estaria oscilando entre a tutela normalizadora, a militância política e as práticas intercessoras. Para explicitar essa questão, apresentamos uma análise sobre as modalidades de clínica possíveis, indicando seus possíveis subtipos e variações dialéticas contrárias, bem como suas éticas e os efeitos produtivos derivados em termos de subjetividade.

Partimos de algumas considerações sumárias quanto aos pressupostos epistemológicos e as diferentes modalidades de clínica *psi* que se produzem a partir deles. Postulamos que as instituições e os estabelecimentos nos quais elas se materializam são promotoras de efeitos éticos: suas diferentes práticas de atenção e de cuidados são produtoras de efeitos éticos específicos. Em outras palavras, as práticas desenvolvidas pelos atores institucionais – constituídas pelo atravessamento de discursos e de saberes, articulados a poderes e legitimadas por interesses políticos, são produtoras de sujeitos, de realidade social objetiva e subjetiva. Verificamos que há duas possibilidades

éticas fundamentais: as que se orientam pelos processos de serialização e normalização – clínicas do olhar e do cuidado – e a que pode promover efeitos de singularização subjetiva e sociocultural: clínica da escuta do sujeito.

4
Problematizando as práticas em Psicologia Clínica: os dispositivos intromissor, interventor, cartográfico e intercessor

A clínica psicológica como instituição

> *"Intervir (do latim,* interventio*) é vir entre, interpor-se. [...] mas também, ao mesmo tempo, ou em outros contextos, é sinônimo de intromissão, de ingerência, [...] pode-se associar à coerção e à repressão para a manutenção ou reestabelecimento da ordem estabelecida"*
>
> *(Ardoino, 1987, p.13)*

A clínica é parte importante da Psicologia como ciência, formação e profissão, sendo comum que o psicólogo seja visto, sobretudo, como um terapeuta. Teríamos inclusive que falar de clínica no plural: clínicas. Nessas clínicas também encontramos uma grande variedade de perspectivas teóricas, técnicas, políticas e éticas. Essas podem parecer questões óbvias, mas é importante explicitá-las porque o que nos interessa é uma clínica que seja adequada para desenvolver a Atenção Psicossocial, de acordo com as exigências do Paradigma Psicossocial (PPS) (Costa-Rosa, 2000, 2011, 2013a). É preciso reconhecer que nem toda Psicologia e suas inúmeras possibilidades clínicas estão interessadas ou se orientam pela Atenção Psicossocial. Não se trata

de pensar que elas estejam contra a Atenção Psicossocial, mas muitas possibilidades clínicas estão interessadas em outras questões, tais como a atividade clínica no consultório particular, numa perspectiva tradicional e liberal, visando ao atendimento psicoterapêutico de indivíduos e de grupos de todas as idades, oferecendo-lhes um atendimento que instrumentaliza a fala e que proporciona orientação, apoio, alívio emocional, superação de dificuldades de comportamento, autoconhecimento, ajustamento social etc. O que queremos destacar é que a formação na área da Clínica no campo da Psicologia não é caracterizada de modo predominante pelos marcos da Saúde Mental no âmbito da Saúde Pública, nem no da Saúde Coletiva (Ribeiro; Luzio, 2008; Costa-Rosa, 2013b), que se coloca, sobretudo, como uma possibilidade paradigmática no horizonte.

A possibilidade de que haja psicólogos formados para atuar na Atenção Psicossocial exige que eles tenham recebido preparação para tal no curso de graduação em Psicologia, bem como busquem uma possível continuidade na sua formação, tanto por meio de uma aprendizagem no trabalho efetivo no campo, quanto em cursos de pós-graduação. Portanto, é importante que os problemas e as perspectivas da Saúde, da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial lhes sejam apresentados e que eles possam se apropriar desses instrumentais. Mesmo considerando o intenso processo de proletarização ao qual vêm sendo submetidos os psicólogos e que há um grande retraimento da clínica como consultório particular, trabalhar na área da Saúde Mental é uma das opções dos psicólogos, dentre outras. Há alguma margem de escolha, embora talvez seja o famoso mercado de trabalho – com sua mão impiedosa e supostamente invisível – aquele que realmente "escolha" ou disponibilize o trabalho para o psicólogo, na atual conjuntura neoliberal. Parece que cada vez mais o psicólogo tende a ser um trabalhador assalariado, atuando como funcionário em estabelecimentos privados tais como são as Organizações da Sociedade Civil (OSCs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), hospitais, entidades assistenciais ou nos estabelecimentos públicos, com seus equipamentos municipais, estaduais e federais diversos. As áreas das políticas públicas sociais

de Saúde, de Educação, de Assistência Social e de Segurança vêm absorvendo um número cada vez maior de profissionais psicólogos na atualidade.

Partimos da hipótese de que as instituições são (re)produtoras de subjetividade e de que elas tanto podem produzir subjetividade serializada quanto – eventualmente – singularizada (Guattari; Rolnik, 1996). Para explicar essa hipótese, temos que definir conceitualmente os termos que estamos empregando. O que são as instituições? Elas são normas ou leis universais; são, propriamente falando, lógicas; são formações lógicas e simbólicas (Lourau, 1995; Baremblitt, 1998; Barus-Michel, 2004); são formações do plano simbólico. Conforme a perspectiva da Psicanálise de Freud e Lacan, o plano simbólico compõe o mundo humano, a realidade humana por excelência, podendo ser traduzido como o campo da linguagem. O ser humano é um ser eminentemente simbólico – constituído pela linguagem e um falante – mas também é constituído pelos registros do real (aquilo que está fora do simbólico e do imaginário) e do imaginário (plano social da relação do "eu" com o semelhante).

Uma instituição é, sobretudo, uma construção lógica do pensamento que se materializa em dispositivos que incluem organizações e estabelecimentos concretos, articulando saberes e práticas lacunares e contraditórias, por meio dos mais diversos atores institucionais, produzindo determinados efeitos éticos e sociais. A clínica psicológica poderia ser pensada como uma instituição, compondo um plano conceitual e lógico que se materializa sob a forma mais tradicional e clássica do consultório no qual um psicólogo clínico atende, ouvindo a um indivíduo que fala e se queixa de problemas ou dificuldades que seriam de ordem psicológica, subjetiva, emocional, sentimental ou afetiva. Também há atendimentos grupais e, certamente, formas de atendimento que, mesmo sendo clínicos, não se limitam apenas ao consultório tradicional.

Dunker (2011a) realizou uma arqueologia das práticas de cura, de psicoterapia e de tratamento, por meio da qual apresentou o processo histórico de institucionalização da clínica, nas suas modalidades médica (clínica clássica e psiquiátrica) e também psicanalítica.

Seu trabalho inclui a caracterização de traços estruturais que compõem a clínica: a semiologia, a diagnóstica, a terapêutica e a etiologia, bem como a cura. Tais distinções são úteis, pois, entre outras coisas, permitem distinguir o que seria componente de dispositivo dos próprios dispositivos. Isso auxilia o trabalho de organizar a literatura que compõe o complexo campo da clínica *psi* na atualidade, ao buscarmos problematizá-la desde uma perspectiva institucional.

A perspectiva de análise

Os psicólogos desenvolvem diversas práticas de atuação clínica – de atenção ao sofrimento psíquico – nos diferentes contextos do consultório privado, da Saúde, da Educação e da Assistência Social na atualidade. Como poderíamos caracterizar essas práticas e como distingui-las umas das outras? Elas são todas iguais e equivalentes? São apenas concorrentes e alternativas entre si, sem maiores especificidades? Seriam contrárias umas às outras? Seriam opostas no sentido dialético? Costa-Rosa (2013a, p.142), considera que "sem uma definição clara da concepção do processo de produção saúde-adoecimento e da atenção que sirva de bússola, dificilmente se saberá aonde ir e como".

Problematizar criticamente o sentido das práticas de atuação dos psicólogos clínicos na área social (Rozemberg; Minayo, 2001; Sévigny, 2001; Patto, 2012) exige que, primeiro, se perceba – por exemplo, por meio de uma revisão da literatura – que há um certo conjunto de questões, de propostas, de posições teóricas, técnicas, políticas e éticas que parecem ser diferentes umas das outras, servindo de base e dando forma e densidade a tais modos de práticas clínicas. A constatação dessa variedade de possibilidades supostamente alternativas de atuação se constituiu em enigma e passou a exigir um trabalho de pesquisa e de reflexão.

Três termos emergiram na leitura da bibliografia, quanto às diferentes práticas de Psicologia Clínica: *intromissão*, *intervenção* e *intercessão*, que tomamos como categorias analíticas. O primeiro,

embora seja explicitamente ausente dos discursos, pode ser deduzido do material bibliográfico colecionado, a partir de alguns parâmetros de análise. Essa perspectiva seria subjacente a diversos textos e é preciso ter olhos avisados para detectá-la. O termo "intervenção" é bastante comum e aparece numerosas vezes na literatura, sendo normalmente acompanhado de outros adjetivos: intervenção social, intervenção psicossocial, pesquisa-intervenção, pesquisa interventiva. Intercessão[1] é menos comum, ocorrendo poucas vezes na literatura, sendo que a referência principal seria a de Deleuze (1992) e, na sua trilha, mas pretendendo ir além, estão também alguns dos trabalhos de Costa-Rosa (2008, 2012, 2013b, 2019a) e vários outros produzidos sob sua orientação[2].

Postulamos que haveria pelo menos quatro possibilidades diversas que poderiam ser denominadas, respectivamente, de dispositivo intromissor, dispositivo interventor, dispositivo cartográfico e dispositivo intercessor. Os dois primeiros dispositivos tendem a se recobrir, ao menos em parte. O terceiro ficaria localizado entre a intervenção e a transição para a intercessão. O quarto seria radicalmente contrário com relação aos anteriores, distinguindo-se deles devido a suas perspectivas teóricas, técnicas, políticas e éticas, que se apresentam como singulares. Foram esses os parâmetros mínimos que serviram para construirmos as figuras desses dispositivos.

Certamente nenhum psicólogo clínico gostará de ver seu trabalho classificado como sendo intromissor e, muito menos, autoritário. Mas as coisas produzem o que elas podem, não o que a boa vontade e a ingenuidade gostariam. Nessa perspectiva, o profissional empreenderia uma ação clínica técnica que se embasaria em teorias psicológicas bastante tradicionais, pautado por possibilidades políticas e éticas mais ou menos tácitas e nem sempre muito explícitas,

---

1 Embora o termo "intercessão" também seja típico do campo religioso, sobretudo, do católico, não é nessa acepção que ele foi empregado por esses autores, nem neste ensaio.

2 Cf. o número especial da *Revista de Psicologia da Unesp,* organizado pelo coletivo do LATIPPSS em: http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/issue/view/88.

mas que seriam predominantemente de viés funcionalista, sistêmico e tutelador. Talvez tais psicólogos não atuem com clareza e consciência deliberada, mas ainda assim, seria o que fazem e tais ações podem produzir apenas certos efeitos, que são determinados pela lógica tuteladora que os fundamenta, inclusive e mesmo de modo inadvertido. Práticas de atuação clínica de corte positivista tradicional, de um modo geral, poderiam ser consideradas como formas de conhecer/fazer de caráter intromissor e interventor, de viés autoritário, tutelador e prescritivo.

Por outro lado, há diversos psicólogos que adotam o termo "intervenção" para caracterizar a orientação teórica, técnica, política e ética dos trabalhos clínicos que realizam. É importante distinguir se empregam a palavra "intervenção" apenas como termo ou como conceito específico. Provavelmente, no caso daqueles que utilizam apenas o termo, sem maior precisão, por hipótese, já poderiam ser incluídos na categoria anterior, de matiz intromissora. Tais trabalhos estariam carregados de possibilidades autoritárias, adaptativas, correcionais e ortopédicas, de acordo com as críticas de Foucault (1999a, 1999b, 1999c) quanto à modalidade intrínseca de funcionamento das ciências disciplinares, nas quais se inclui também a Psicologia. Mas há casos nos quais os autores que empregam o termo "intercessão" se situam a partir da Filosofia da diferença, orientando-se pelas referências dos trabalhos de Foucault, Deleuze e Guattari. Os possíveis reparos ou objeções aos limites ao que se costuma denominar na literatura científica de "pesquisa-intervenção" devem levar em conta essa distinção, que está longe de ser apenas uma sutileza acadêmica. Seria necessária uma investigação rigorosa para verificar se alguns trabalhos realizados sob o título de "pesquisa-intervenção" poderiam ser classificados, apesar de tudo, na categoria do dispositivo intromissor. Procuramos contribuir com esse debate.

Finalmente, na perspectiva da intercessão, a partir de uma postura necessariamente transdisciplinar, tal como propõe Costa-Rosa (2008, 2012, 2013b, 2015), o psicólogo conheceria com certa clareza quais seriam as possibilidades e os limites da sua ação: não pode tratar o outro como objeto de saber/poder, não pode saber por ele e

também não pode fazer por ele, pois o outro é considerado como um sujeito produtor de saber, de conhecimento e como protagonista da própria existência. Esse sujeito – que não se reduz ao "indivíduo" apenas – não "quer" e nem precisa de intromissão, de tutela e de prescrições normalizadoras, diante das quais não poucas vezes costuma reagir dos mais diferentes modos, inclusive por meio da resistência passiva do absenteísmo e, quando não, manifestando revolta e insubmissão de muitas formas possíveis.

A seguir, cada um desses dispositivos clínicos será caracterizado, descrevendo os planos teórico, técnico, político e ético que os compõem. Mas, antes, é preciso discorrer sobre o que seria um dispositivo.

O dispositivo: algumas discussões preliminares sobre esse operador analítico

O dispositivo consiste em uma grade de análise construída por Foucault (1999b) para articular as conexões entre saber/poder e a produção de subjetividade (Deleuze, 1996; Bondía, 2002; Revel, 2005; Agamben, 2009; E. Castro, 2009; Weinmann, 2006; Checchia, 2010; Stassun, 2010; Chignola, 2014). Engloba materiais heterogêneos, o dito e o não dito: arquitetura, discursos, teorias, técnicas, práticas, regras etc. A partir desses componentes díspares, podemos estabelecer um conjunto de relações flexíveis, reunindo-as num único aparelho, de modo a isolar um problema específico. Munidos dessa ferramenta, é possível demarcar a natureza da relação que pode existir entre esses elementos discursivos e não discursivos, além de evidenciar a função estratégica do dispositivo, na medida em que ele responde à articulação entre produção de saber e modos de exercício de poder, dominantes em cada momento histórico.

Podemos considerar que o poder disciplinar plasmou na sociedade moderna um dispositivo médico, um dispositivo pedagógico e um dispositivo psicológico, implementados, respectivamente, nos estabelecimentos hospitalares, escolares e na clínica psicológica, tal

como afirma Foucault (1999c, p.145): "Assim é que o hospital-edifício se organiza pouco a pouco como instrumento de ação médica [...] um operador terapêutico. Como a escola-edifício deve ser um operador de adestramento, [...] um aparelho de vigiar". E poderíamos acrescentar: as clínicas médica, psiquiátrica e psicológica se organizam para operar como um aparelho de tratamento e correção.

Foucault (1982, 1984, 1985b, 1999a, 1999b), demonstrou que as relações poder/saber, consideradas como práticas, realizam, simultaneamente, tanto a produção de conhecimentos específicos sobre o ser humano quanto uma produção técnica dele no interior de um determinado conjunto de instituições. É nessa articulação entre saber e poder, na intersecção dessas duas práticas sociais, que se produz o sujeito, pois quando se objetivam certos aspectos do ser humano é que há possibilidade de se organizar uma manipulação técnica institucionalizada dos indivíduos. E o contrário também se verifica, pois é necessário um conjunto de práticas institucionalizadas de manipulação dos indivíduos como condição para sua objetivação científica. Assim se produzem dispositivos psicológicos e pedagógicos.

Uma instituição pode ser considerada uma prática social que se repete e se legitima enquanto se repete. As instituições implementadas por meio de organizações e estabelecimentos não apenas realizam – quando realizam – os objetivos oficiais para os quais foram criadas, mas produzem formas determinadas de subjetividade. Sujeitos são fundados no interior das práticas, sujeitos ao mesmo tempo constituídos e constituintes do cotidiano institucional. O pensamento costuma reificar objetos e sujeitos que só existem enquanto se produzem e são produzidos dentro de determinadas práticas institucionais.

A produção de subjetividade remete fundamentalmente aos planos micropolítico e microfísico das relações instituintes e instituídas no contexto dos estabelecimentos institucionais. Nesta perspectiva, as relações pedagógicas, médicas, terapêuticas, socioassistenciais, socioeducativas, entre uma equipe técnica e os sujeitos não se configuram como relações estáticas entre polos constituídos, mas apresentam-se em permanente constituição e ordenação (plenas de vicissitudes) em

constante transformação dos lugares e posições no interior das relações, numa pulverização dos lugares instituídos e instituintes.

Desse modo, não podemos conceber práticas e/ou atores institucionais pretensamente autônomos, pois toda prática é efetivada por relações nas quais se configuram sujeitos. Essa é a principal condição para que as instituições existam concretamente, enquanto organizações e estabelecimentos. A solidez institucional residiria nos vínculos entre os sujeitos que as fazem cotidianamente, vínculos invisíveis, microfísicos, que se plasmam em relações instituintes e instituídas no contexto institucional, podendo ser mapeadas a partir das forças e dos poderes moleculares que as permeiam.

Um dispositivo pode ser considerado como uma máquina lógica que produz determinados efeitos, operando na produção de subjetividade. Além desse plano analítico, composto pela dimensão institucional dos dispositivos que configuram a *formação social*, também precisamos distinguir, no âmbito das *formações subjetivas*, dois planos da subjetividade, com base na perspectiva de Freud e Lacan: o *processo de constituição subjetiva primária* e o *processo de subjetivação secundário*, quando o ser humano enquanto ator social e sujeito do inconsciente já está constituído. Aquilo que Freud denominou de "aparelho psíquico" pode ser considerado propriamente como um aparelho humano de subjetivar.

A subjetividade pode ser pensada enquanto um processo de constituição subjetiva primária, por meio do qual um *infans* advém humano, sendo tecida nos planos social e histórico, mas também possui uma dimensão inconsciente e estruturalmente modalizada. Uma vez constituída a máquina humana de subjetivar, temos um indivíduo mais o inconsciente – enquanto sujeito – que pode apresentar diversos modos de existir, sentir, pensar e agir. Em determinado momento histórico e num contexto institucional determinado, esse sujeito já constituído tanto no plano da realidade psíquica singular quanto no da realidade social compartilhada, também é sobremodalizado pela rede de micropoderes que sustenta o fazer cotidiano (institucional), operando efeitos de reconhecimento/desconhecimento dessa ação concreta (Benelli, 2015).

O dispositivo intromissor: intrusão científica autoritária – "Saber para prever, prever para prover"

O profissional, uma vez formado pela agência universitária e científica, sobretudo, quando se trata de um cientista, professor e pesquisador, está autorizado pelo saber competente da academia para, a partir da sua própria iniciativa, intervir, intrometer-se e fazer ingerências na realidade, para modificá-la, transformá-la, desenvolvê-la de acordo com o saber científico verdadeiro (Chauí, 2007).

Esta modalidade de atuação profissional em Psicologia Clínica se baseia, no plano do conhecimento, no âmbito da ciência positivista típica: o cientista seria um especialista detentor de um saber-poder a partir do qual se intromete de modo autoritário, supostamente neutro e técnico, imparcial e objetivo, sobre um objeto, com a finalidade de conhecê-lo, para saber como funciona, visando modificá-lo de acordo com seu saber científico verdadeiro. Há uma subordinação objetificadora e coisificante do outro, o *sujeito* da pesquisa/intromissão é reduzido a um objeto, normalmente um objeto passivo. Trata-se de um outro suposto na posição de objeto (Costa, 2016). São hegemônicas as cisões entre ciência e política, saber e poder, pensar e fazer, teoria e prática, planejadores e executores, sujeito e objeto, normal e anormal, objetividade e subjetividade (que aparece apenas como variável interveniente, problemática, que deve ser abolida), neutralidade e implicação.

Podemos considerar que o conhecimento científico moderno se caracteriza por seu aspecto formal, conceitual e sistemático, filosoficamente embasado no pensamento positivista, revelando-se factual, empírico, experimental, verificável e pretensamente neutro quanto aos seus valores. "Saber para prever, prever para prover" é um dos lemas do positivismo, formulado por Augusto Comte (1798-1857), explicitando a perspectiva instrumental do conhecimento. Esta consiste em estabelecer um controle sobre as coisas, o que se obtém por meio da análise das relações entre fenômenos, de forma a desvendar suas leis de regularidades, sendo que isso permite

ao cientista antecipar acontecimentos, tornando o mundo previsível e manipulável. Daí que ele se autoriza e pode intrometer-se onde quer que detecte haver possíveis problemas, pretendendo atuar preventivamente.

Trata-se de conhecer para saber, saber para prever, prever e prescrever para controlar, de acordo com o lema positivista clássico. O conhecimento certo e verdadeiro, com base numa perspectiva causal, leva à formulação de modalidades de intromissão com objetivos preventivos, com a pretensão de evitar as possibilidades desviantes da norma. Se na ordem da política imperam as relações conservadoras de dominação, subordinação e exclusão social (seguidas de práticas de reinserção e de inclusão social consentidas e subalternas), no campo epistemológico, essa ordem se traduz em práticas científicas colonizadoras autoritárias. Os efeitos visados promovem a manutenção da realidade social do modo como está, pois essa prática científica é essencialmente conservadora.

Seus referenciais teóricos incluem: a) o cientificismo clássico, composto por teorias inspiradas no método das ciências naturais e exatas, operando por meio dos princípios da experimentação, da neutralidade, da objetividade, da generalização, da previsibilidade, do controle dos resultados, da cientificidade, do tecnicismo, do pragmatismo (que postula o útil e o efetivo como critérios para definir o verdadeiro); b) o funcionalismo, perspectiva sociológica reacionária que define o ser humano como sendo um organismo biológico que busca adaptar-se e ajustar-se ao seu meio ambiente. A própria sociedade é pensada por meio da metáfora de um organismo que funcionaria de modo sistêmico[3], constituída por partes diferentes

---

3 A perspectiva sistêmica caracteriza-se como uma metodologia de investigação não crítica bastante utilizada nas ciências sociais (Demo, 1995). Bertalanffy (2010) apresenta uma teoria geral dos sistemas, bem como suas aplicações. As teorias sistêmicas incluem a contradição, diferentemente da perspectiva funcionalista clássica. Mas os autores sistêmicos não são dialéticos, pois supõem que as contradições seriam solucionadas no contexto do próprio sistema, sem necessidade de superá-lo. As teorias sistêmicas, muito utilizadas no campo das políticas públicas, representariam uma alternativa não crítica à análise estrutural do materialismo histórico. Há diversos autores no campo da Psicologia que

que deveriam se articular de modo harmônico, sendo que os problemas são considerados apenas como disfunções marginais e individuais, como contradições pouco intensas e que podem ser resolvidas sem alterar o sistema. O comportamento humano teria então uma função adaptativa, com a qual o indivíduo procuraria simplesmente se ajustar de modo subordinado ao seu contexto. A consciência psicológica possuiria, de acordo com essa definição, uma característica utilitarista, pois seria a mediadora entre as necessidades do organismo e as exigências do seu ambiente (Demo, 1987, p.109-112).

Os procedimentos e as técnicas de pesquisa predominantes incluem: levantamento e coleta de dados empíricos tidos como objetivos, aplicação de questionários, de testes, numa perspectiva absolutamente quantitativa, visando à mensuração de dados, ao controle de variáveis e ao tratamento estatístico de informações reais tidas como fatos verdadeiros (Carvalho, 1989; Gil, 1987; Alves-Mazzotti; Gewandsznajder, 1999; Laville; Dione, 1999). À produção das análises segue a etapa da aplicação prática do conhecimento produzido na realidade, visando modificá-la, a partir da lógica da causalidade e da crença na díade "problema-solução".

O conhecimento é produzido por meio do trabalho protagonista do cientista que se debruça e/ou inclina sobre os objetos que quer conhecer e neles aplica seus instrumentos de investigação, pretensamente capazes de encontrar a verdade sobre a realidade. Conhecer é pensar, do que pode derivar a consigna "Conhecer para saber e saber para poder fazer" e a noção de que é preciso, primeiro saber, para depois transformar. Daí também se segue que é preciso primeiro conhecer para depois mandar fazer. À prescrição dada se espera adesão dócil e operosa. Uma vez de posse do conhecimento verdadeiro, pode-se partir para sua aplicação técnica efetiva na realidade. Predomina a produção de protocolos de procedimentos padrão, gerais e amplos, que supostamente serviriam para resolver os mesmos

---

utilizam teorias sistêmicas para fundamentar práticas clínicas. Bronfenbrenner (2011) e outros que se baseiam em seus trabalhos constituem bons exemplos dessa visada.

problemas nos mais diversos lugares, por meio da generalização universalizadora. Trata-se de um conhecimento considerado universal e verdadeiro, que, portanto, também seria, necessariamente, efetivo. O psicólogo clínico, enquanto trabalhador comum, seria apenas um aplicador desses protocolos ou de diversas técnicas psicoterapêuticas.

Provavelmente, no caso da extensão universitária (Botomé, 1996; Zuanon et al., 2007; Del Masso et al., 2012) funcionar, de fato, parte-se desse lugar de mestria para realizar seus projetos de "prestação de atendimentos clínicos à comunidade", e não é de admirar a qualidade problemática dos resultados eventualmente alcançados. As atuais ofertas típicas de "formação", de "capacitação", de "reciclagem" e de "aprimoramento profissional", nos mais diversos âmbitos institucionais, se baseiam na estratégia típica da oferta de suprimento de conhecimentos a partir de uma posição de mestria e numa perspectiva de intromissão que trata o coletivo como um mero conjunto de individualidades, como objetos nos quais se depositam saberes verdadeiros, considerados efetivos. Diversas modalidades de cursos de formação e de palestras são realizadas e, embora tenham alguma utilidade, parecem pouco efetivas. Inclusive, é possível verificar a inutilidade de tais práticas quando o que interessa é a transformação das instituições e dos estabelecimentos nos quais elas se concretizam e operam quanto aos efeitos éticos que promovem.

Quando os sujeitos não são tratados como tais, eles tendem a expressar uma resistência mais ou menos velada, pois realmente seria impossível e, portanto eticamente inadequado, tentar ensinar a governar as pessoas, embora seja possível que elas aprendam e se organizem politicamente. Se os conhecimentos dos técnicos trabalhadores que atuam nos estabelecimentos institucionais são normalmente implícitos, tácitos e fragmentários, não se trataria de substituí-los de modo autoritário e arrogante por saberes científicos psicológicos, pedagógicos ou sociológicos por meio de cursos de qualificação/capacitação que parecem produzir apenas mais "incapacidade treinada" (Patto, 1990, p.351). O mais adequado seria realizar um trabalho permanente com pequenos grupos nos

estabelecimentos, pautados por processos autoanalíticos e autogestivos, como propõe, por exemplo, Melo Neto (2004), na contramão da tendência intrusiva e autoritária extensionista mais tradicional.

Quanto aos seus efeitos éticos, o dispositivo intromissor funciona a partir da ética da tutela (Benelli, 2014b), implementa efeitos tuteladores e subordinadores sobre o outro que é objetificado, manipulado e transformado a partir dos conhecimentos do cientista, detentor da verdade científica. Mesmo quando procura operar por meio da ética da interlocução, tende a incidir nos mesmos efeitos. Suas ações são interventoras-disciplinares-tuteladoras e suas práticas visam ao controle.

A clínica psicológica tradicional como efeito do dispositivo intromissor

Consideramos que o dispositivo intromissor institui uma clínica tradicional no campo da Psicologia, produzindo efeitos éticos adaptativos e disciplinares. Essa clínica se caracteriza por operar binariamente a partir do paradigma sujeito-objeto e do seu derivado médico, o princípio disciplinar doença-cura, no qual há um agente trabalhador e um paciente recebedor, um cuidador e um objeto de cuidados, um intromissor e um objeto sobre o qual se intervém.

Nessa modalidade de clínica psicológica, o terapeuta é aquele que sabe e que tem o poder de curar o outro. Detém saber e poder, coisas que o outro não possui. Ele supõe ser capaz de suprimir o sofrimento e eliminar os sintomas enquanto "mestre supridor", conforme Costa-Rosa (2013a, p.302). Esse tipo de perspectiva e de conduta produz como consequência um aumento do grau de alienação do sujeito que sofre: é cada vez mais desapossado da possibilidade de se posicionar como sujeito da própria dor.

O terapeuta supre o outro com enunciados, não só "explicativos" das doenças que são diagnosticadas, mas também com aconselhamento, admoestações, orientações e até prescrições morais, fazendo críticas ao comportamento do indivíduo – quando é médico, invariavelmente prescreve remédios –, já quando é psicólogo, procura

suprir o outro com enunciados, com "interpretações" para explicar as causas e o modo de lidar e resolver o sofrimento psíquico que o acomete, ou então, oferecendo apoio por meio da expressão de afetos e de sentimentos positivos, buscando proporcionar uma compreensão empática; como se fosse possível "pedagogizar o gozo", tarefa essa que a Psicanálise já mostrou que leva ao fracasso. Pode ainda ofertar informações e orientações de caráter educacional e pedagógico. A saúde mental, nesse caso, é considerada como o contrário da doença mental e é apresentada como atenção ao sofrimento psíquico, pretendendo que o indivíduo recupere a saúde, retornando à condição de bem-estar anterior ao adoecimento.

É preciso considerar que existiria alguém dotado de saber e de poder que poderia – numa mistificação onipotente – dar todas as respostas e também operar transformações de modo mágico e instantâneo na realidade. Trata-se, certamente, de uma suposição imaginária por parte do paciente, que acredita na onipotência e na onisciência do especialista. Suposição produzida e intensamente divulgada pela ciência moderna. O pior e o mais trágico ocorre quando o trabalhador também acredita nisso.

Há diversos tipos de objetos-suprimentos que costumam ser ofertados, incluindo os seguintes: químicos (remédios), apoio afetivo, reforço da autoestima, suporte social, ajuda psicológica, auxílio econômico. Assim como os problemas são tomados como questões individuais, as soluções via oferta de suprimentos também são individuais, o que revela a perspectiva funcionalista que sempre visa à adaptação do indivíduo ao plano social instituído (Costa-Rosa, 2013a). Os suprimentos diversos podem até fazer algum bem, mas são impotentes quanto à possibilidade de promoverem o equacionamento dos impasses subjetivos e sociais, dada sua orientação predominantemente adaptativa; daí constituírem o que Lacan (2003b) define como "um bem que leva ao pior" (p.513).

O agente do tratamento é o terapeuta, que se posiciona como aquele que sabe e tem poder, como o que pode interpretar, mandar e orientar o outro, que, como objeto-indivíduo, seria dotado de consciência, de razão, de intencionalidade e de vontade, podendo entender

e obedecer ao que lhe é recomendado e imposto. Mas essa estratégia pode produzir apenas efeitos paliativos e pouco eficazes para o sujeito do sofrimento: a angústia do sintoma pode recrudescer, obrigando-o a continuar procurando ajuda para lidar com seus problemas.

Nas práticas da clínica psicológica tradicional predomina o paradigma disciplinar sujeito-objeto e seus derivados, os princípios médicos normal-anormal e doença-cura. O indivíduo que busca ajuda para lidar com seu sofrimento psíquico costuma ser colocado no lugar de paciente, daquele que *pacientemente* recebe cuidados, de objeto de intervenção, enquanto o psicólogo clínico se coloca na posição de agente, de trabalhador ativo, de cuidador, de interventor-curador. O indivíduo sofredor poderá ser tratado de diversas formas: como pessoa, como um igual com quem se dialoga, como objeto de intervenção técnica psicométrica, como ator social e agente político, como objeto de tratamento terapêutico curativo, mas não como sujeito na acepção psicanalítica do termo.

A ética da Psicologia Clínica tradicional deriva de concepções deontológicas, sendo pautada pelas noções do bem, do dever, do senso humanitário mais comum e alinhado com o tempo histórico, encontrando-se expresso e plasmado no código de ética da categoria profissional.

Consideramos que há uma lógica paradigmática disciplinar e tradicional própria da Medicina[4] e da Psiquiatria[5] que possui uma

---

4 No campo da Medicina podemos encontrar algumas possibilidades paradigmáticas distintas, conforme o que a bibliografia indica: 1) o paradigma assistencialista privatista medicocentrado (paradigma "flexneriano") que implementa uma Saúde Pública alinhada com os interesses do Estado capitalista e da indústria farmacêutica centrada no médico, na medicação em geral e nos psicofármacos, em direção a uma crescente medicalização do social (Mendes, 1996; Costa-Rosa, 2000; Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003); e 2) o paradigma da produção social da saúde, que propõe uma Medicina social, na direção de uma Saúde Coletiva (Mendes, 1996; Costa-Rosa, 2013a).

5 A Psiquiatria pode ser considerada segundo diversas figuras históricas: uma Psiquiatria clássica (Fleming, 1976), uma dinâmica (que inclui a Psicanálise de Freud e Lacan), a reformada (no contexto da Reforma Sanitária brasileira) (Costa, 1976), tendo sua superação dialética no horizonte da Estratégia de

forte incidência na Psicologia Clínica, que tende a se organizar e a operar, mesmo que inadvertidamente – mas não sempre – do mesmo modo que ambas. Por isso, as diversas possibilidades clínicas da Psicologia, embora sejam diferentes e alternativas, e às vezes também incluam diferentes vertentes da Psicanálise, nem por isso incluem, rigorosamente, "o sujeito no sentido psicanalítico: o homem simultaneamente como ser social ('entre' os homens) e como ser de sentido ('entre' significantes)" (Costa-Rosa, 2011, p.746), sendo que muitas nem operam com a hipótese do inconsciente. Encontramos ressonâncias dessa discussão em Romagnoli (2006, p.53):

> Realizando um breve percurso histórico do uso da expressão Clínica Social, ressaltamos que esta começa a circular no Brasil na década de 80, revelando uma série de mudanças em curso. Com a abertura política irrompe, em nosso país, a força dos movimentos sociais e a ampliação do conceito de político, bem como a crítica à neutralidade da clínica. Esse novo posicionamento confronta a ideia dominante da prática clínica, até então definida como atividade liberal e privada desenvolvida junto às classes médias e altas. Centrada no indivíduo, os objetivos dessa atividade eram, sobretudo analíticos, psicoterapêuticos e/ou psicodiagnósticos, fundamentando-se em uma concepção da clínica como um saber/fazer universalizado, associado a uma concepção de sujeito universal e a-histórico.

O dispositivo interventor: intervenções preventivas, curativas e corretivas

Na intenção de superar a hegemonia da clínica – sem maior precisão conceitual – no campo da Psicologia, já faz algum tempo que apareceu um discurso que vem sendo chamado de "intervenção psicossocial" (Paiva, 2008; Afonso, 2011), procurando criar práticas

Atenção Psicossocial (EAPS) própria do Paradigma Psicossocial (PPS), que pretende avançar além da Reforma Psiquiátrica (Costa-Rosa, 2013a).

de intervenção psicossocial na Psicologia. Vamos tecer ainda algumas considerações sobre o termo "intervenção[6]" e também sobre o termo "psicossocial" na Psicologia. L'Abbate (2012), por exemplo, ao tratar da Análise Institucional (AI), discute alguns significados atribuídos a este termo, recorrendo a dicionários. Ela sugere que "desse conjunto de significados sobre os termos intervir e intervenção, fiquemos com a noção de intervenção que advém de intervir/vir entre, lembrando que vir é subjuntivo do verbo ver, indicando, portanto, a condição de uma visão outra, que se espera de um terceiro, convidado a intervir" (p.151). Ressalta ainda que, para os

---

6 O termo "intervenção" aparece na Tabela de Áreas de Conhecimento/Avaliação da CAPES, na área de conhecimento da Psicologia, no item e subárea 70710007 - TRATAMENTO E PREVENÇÃO PSICOLÓGICA, como especialidade: 7071001 5- INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA. Inclui ainda DESVIOS DE CONDUTA, DISTURBIOS DA LINGUAGEM e DISTURBIOS PSICOSSOMÁTICOS. Em outras subáreas aparecem os termos "indivíduo" e "personalidade". A CAPES informa que "A classificação das Áreas do Conhecimento tem finalidade eminentemente prática, objetivando proporcionar às Instituições de ensino, pesquisa e inovação uma maneira ágil e funcional de sistematizar e prestar informações concernentes a projetos de pesquisa e recursos humanos aos órgãos gestores da área de ciência e tecnologia. A organização das Áreas do Conhecimento na tabela apresenta uma hierarquização em quatro níveis, do mais geral ao mais específico, abrangendo nove grandes áreas nas quais se distribuem as 48 áreas de avaliação da CAPES. Estas áreas de avaliação, por sua vez, agrupam áreas básicas (ou áreas do conhecimento), subdivididas em subáreas e especialidades: 1º nível - Grande Área: aglomeração de diversas áreas do conhecimento, em virtude da afinidade de seus objetos, métodos cognitivos e recursos instrumentais refletindo contextos sociopolíticos específicos; 2º nível – Área do Conhecimento (Área Básica): conjunto de conhecimentos inter-relacionados, coletivamente construído, reunido segundo a natureza do objeto de investigação com finalidades de ensino, pesquisa e aplicações práticas; 3º nível - Subárea: segmentação da área do conhecimento (ou área básica) estabelecida em função do objeto de estudo e de procedimentos metodológicos reconhecidos e amplamente utilizados; 4º nível - Especialidade: caracterização temática da atividade de pesquisa e ensino. Uma mesma especialidade pode ser enquadrada em diferentes grandes áreas, áreas básicas e subáreas". Não parece difícil notar que a concepção de ciência da CAPES pode ser localizada na perspectiva interventora. Cf. https://www.capes.gov.br/avaliacao/instrumentos-de-apoio/tabela-de-areas-do-conhecimento-avaliacao

brasileiros, o termo "intervenção" teria uma conotação autoritária, dada a experiência histórica de intervenções autoritárias por parte do Estado na vida política nacional. Ora, entendendo a importância da AI, observamos que essa análise conjuntural quanto às causas de uma certa resistência ao termo "intervenção" parece insuficiente para a problematização que nos interessa. Camacho e Valencia (2018) afirmam que

> [...] a intervenção social tem sido uma estratégia para abordar os problemas sociais desde o final do século XIX até a atualidade, em seu desenvolvimento, as práticas de intervenção social configuram cenários de relações nos quais confluem diferentes discursos, que incidem em formas de governamentalidade e subjetivação.

Guareschi e Hüning (2005), partindo do efeito Foucault que desacomoda a Psicologia, se propõem a analisar "uma prática central do campo *psi*: a intervenção" (p.114), tomando essa prática como um analisador dos saberes e dos discursos psicológicos. Elas afirmam que

> A despeito das suas diferentes justificativas e estratégias de intervenção, coloca-se como principal objetivo desta ação uma chamada preocupação terapêutica, seja ela vinculada a prevenção, cura ou correção. Em qualquer uma destas instâncias, reitera-se a produção de normas: prevenir o indesejado, curar o anormal e corrigir o inadequado. (ibidem, p.117)

Também já faz um certo tempo que o termo "psicossocial" emergiu no campo das ciências humanas (Gonçalves Filho, 2017; Paiva, 2017; Silva Junior; Zangari, 2017). Esse significante polissêmico costuma ser empregado por educadores, pedagogos, psicólogos, assistentes sociais e diversos outros trabalhadores das políticas públicas de Educação, de Saúde, de Assistência Social e da política pública para a criança e o adolescente. São produzidos "atendimentos psicossociais", "reabilitação psicossocial", "apoio psicossocial", "visitas domiciliares psicossociais", "reuniões e grupos psicossociais",

são escritos "relatórios psicossociais" e também "laudos psicossociais". O termo "psicossocial" entrou na moda discursiva, no jargão dos trabalhadores *psi*, tal como o termo "socioeducativo" (Benelli; Costa-Rosa, 2011). Mas o que designa esse termo? Quanto à questão que nos interessa, o que haveria no campo da Psicologia? Encontramos, como diz Lacan (1999, p.314) a respeito de outras questões, "[...] os sinônimos, os deslizamentos, as equivalências e, ao mesmo tempo, as obscuridades".

Parece que numa tentativa de superar ou de ampliar uma prática clínica centrada no tratamento do indivíduo e da sua interioridade psicológica, tida como desvinculada do plano do social, passou-se a propor uma modalidade de prática de atuação no campo *psi* que seria supostamente diferente dessa perspectiva abstrata e psicologizante. Mas consideramos que essa nova visada acaba fazendo avançar a mesma lógica do atendimento clínico tradicional psicologizante sobre os "problemas sociais", ao pretender, sem mais, unir os termos "psico" e "social". Talvez, numa tentativa de superar o solipsismo implicado na noção de "psiquismo" enquanto interioridade psicológica, personalidade e identidade, busca articulá-lo rapidamente com uma suposta realidade social externa. Nessa pressa e superficialidade, o que se consegue parece ser apenas uma nova roupagem para a perspectiva funcionalista de sempre, permanecendo muito distante de qualquer possibilidade minimamente dialética.

Nesse caso, o termo "psicossocial" quereria remeter ao plano de certa intersubjetividade, na qual o psiquismo individual se conectaria com o campo social, sofrendo suas influências. Mas isso parece ser feito de modo muito rápido e sem maior consistência teórica e ética. A partir de uma perspectiva crítica, consideramos que há uma forte tendência na Psicologia a um movimento de intensa psicologização da vida cotidiana, bem representado pelo que já se convencionou denominar de expansão e cultivo de uma "cultura psicológica" (Castel, 1987; Ferreira Neto, 2004), centrada no plano relacional.

A dimensão teórica é caracterizada pelo ecletismo, no qual se pode mesclar behaviorismo com políticas públicas, com Análise Institucional e com teorias de autoajuda, por outro lado, pode-se

unir teorias grupalistas diversas com certas vertentes psicanalíticas e com psicoterapia breve. A técnica consiste num manejo pedagógico das relações interpessoais (Ferreira; Curvello; Monteiro, 2009). A política visa ao ajustamento do indivíduo com alguma disfunção ou desordem de comportamento ao contexto social. Sua estratégia de pedagogizar amplamente a Psicologia Clínica tradicional revela que sua ética é a da tutela.

Encontramos em Dunker (2011b, p.477) uma possibilidade de iluminar um pouco a persistência enigmática do fenômeno dessas diversas formas de "intervenções psicossociais" de matiz fortemente terapêutico presentes no campo social, tal como podemos captar por meio da literatura:

> A psicanálise não é a única forma de clínica a se deparar com as questões e com a história deixada pelo dispositivo clínico moderno. As diferentes modalidades de psicoterapia, certas variantes da pedagogia, da fonoaudiologia e mesmo alguns saberes e práticas que transitam pelas bordas do instituído parasitam, revertem, prolongam ou mimetizam as questões deixadas pela clínica por meio das mais diversas combinações. Tais projetos clínicos nem sempre terminam por incluir seus termos, suas pressuposições epistemológicas, formas de raciocínio e formações éticas, ideológicas ou discursivas. A clínica, em sentido genérico e ampliado, é um dispositivo que comporta práticas heterogêneas. Ela contém uma estrutura que especifica a ação de um método (o método clínico), mas também inclui um discurso, que confere a este método sua razão técnica e política. Além disso, a clínica, em sentido amplo, contempla atos dirigidos a uma produção de verdade no quadro de uma experiência ética.

A intervenção psicossocial como efeito do dispositivo interventor[7]

Nos trabalhos denominados de "intervenção psicossocial" que consideramos bons representantes desse dispositivo, notamos uma forte tendência da Psicologia em patologizar, psicologizar e despolitizar o que é eminentemente social, "terapeutizando" a vida social em direção à instauração e consolidação de uma cultura psicológica. Aparentemente, a Psicologia, como ciência humana, parece estar superando a mera função de mistificar as contradições das relações sociais, dirigindo-se para uma prática mais ampla que visaria ao cultivo do relacional ou à expansão de uma cultura relacional de matiz psicologizante, investigada por Castel (1987) e sobre a qual também já escrevemos (Benelli, 2009). Romagnoli (2006, p.53) considera que

> Por outro lado, a Clínica Social nasce como uma prática que se pretende realizar de forma ampla, implicada com a construção de novas formas de atuação, em um certo sentido, alternativas. Em seu cotidiano de trabalho, os profissionais "psi" passam a atender uma clientela oriunda das classes populares em que a dimensão social se tornou ruidosamente presente, impondo a necessidade de outra escuta e de outra intervenção. Entretanto, Ferreira Neto (2003) nos alerta que esse tipo de atividade por si só não garante uma prática política e alternativa. A ênfase no social, em sua forma dominante, também era despolitizada e, embora, destinada ao seguimento pobre da população, também era marcada, em sua maioria, por práticas assistencialistas. Na ânsia de fazer diferente, não raro os profissionais de saúde usavam os mesmos modelos do consultório privado.

---

7 Pensamos que é justo distinguir a perspectiva da pesquisa-intervenção, de inspiração cartográfica – que já estaria se localizando em outros lugares teóricos, técnicos, políticos e éticos –, dessa modalidade que estamos denominando de "intervenção psicossocial" de viés interventor.

O que se quer destacar é que haveria um intenso processo de pedagogização da clínica psicoterapêutica que pode ser verificado num certo conjunto de ofertas por parte da Psicologia em geral e da Psicologia Social em particular, para os campos da Saúde, da Educação e também da Assistência Social, ao propor a construção de intervenções denominadas amplamente de "práticas sociais", "intervenção psicossocial", "intervenção institucional" etc., sem maior rigor conceitual e ético.

Encontramos alguns casos na literatura que nos parecem bons exemplares das denominadas práticas de intervenção caracterizadas como sendo "psicossociais", mas que são representativos da persistência do antigo e do tradicional nas práticas da Psicologia. Há os trabalhos de R. C. Silva (2002), Bazon (2002), Casella (2004), Casas (2005), Zamberlan (2005), M. N. Machado (2004), Afonso (2006), Baptista, Noguchi e Calil (2006), Gula e Pinheiro (2007), Bolsoni-Silva et al. (2010), Neiva (2010), Catão (2011), Silveira (2014) e Lima (2015). Todos eles tornam explícito o esforço da Psicologia em propor que finalidades terapêuticas e curativas sejam obtidas por meio de diversos processos pedagógicos, educativos, cuidadores e socializadores, numa perspectiva que se denomina "psicossocial", mas que, quando examinada mais de perto, apresenta um notável viés adaptativo, corretivo e vigilante, visando ao ajustamento normalizador do indivíduo (Foucault, 1999c).

Optamos por analisar de modo sintético a produção de uma das autoras que pode ser considerada representativa desse dispositivo. Afonso (2006) apresenta a oficina como um método de intervenção psicossocial, enquanto uma modalidade de dinâmica e de trabalho em grupo, que poderia ser empregada com utilidade em diversas áreas, podendo ser desenvolvida por diversos trabalhadores da Psicologia Social. Afirma que

> A Oficina é um trabalho estruturado com grupos, independentemente do número de encontros, sendo focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, em um contexto social. A elaboração que se busca na Oficina não se restringe a uma

> reflexão racional, mas envolve os sujeitos de maneira integral, formas de pensar, sentir e agir. (ibidem, p.9)

Portanto, a oficina funciona num plano pedagógico, pois emprega informação e reflexão, mas também opera numa dimensão psicológica, pois envolve "significados afetivos e as vivências relacionadas com o tema a ser discutido" (ibidem, p.9). Contudo, "embora deslanche um processo de elaboração da experiência que envolve emoções e revivências, a Oficina também se diferencia de um grupo de terapia, uma vez que se limita a um foco e não pretende a análise psíquica profunda de seus participantes" (ibidem, p.9). Ao fundamentar teoricamente a oficina, Afonso resenha um conjunto de contribuições bastante ecléticas, tais como Kurt Lewin, Freud, Bion, Foulkes, Pichon-Rivière e Paulo Freire, situando-se na tradição da pesquisa-ação, da dinâmica de grupos, do sociodrama e do grupo operativo (ibidem, p.10-27). Não sendo completamente desavisada, afirma a importância de se considerar o contexto institucional no qual se insere a prática das oficinas, incorporando as contribuições de Enriquez quanto ao tema (ibidem, p.27-29).

> Como método de intervenção psicossocial, a Oficina busca suas bases na teoria dos grupos em um contexto sociocultural. Na esteira do "grupo operativo" e do "círculo de cultura", a Oficina pretende elaborar um trabalho sobre a interrelação entre cultura e subjetividade. (ibidem, p.34)

Quando explica como se constrói a oficina, Afonso (idem, p.31-41), indica quatro momentos que estão incluídos na sua preparação: a análise da demanda, o foco estruturado, o enquadre grupal/institucional e o planejamento flexível. Quando trata do foco, Afonso se baseia explicitamente na psicoterapia breve de orientação psicanalítica (Braier, 1986), como estratégia por meio da qual se estabelecem os temas-geradores que serão trabalhados nos encontros da oficina.

> Como intervenção psicossocial, a Oficina tem uma dimensão ou *potencialidade terapêutica*, na medida em que facilita o *insight* e a elaboração sobre questões subjetivas, interpessoais e sociais. Também tem uma dimensão ou *potencialidade pedagógica*, na medida em que deslancha um processo de aprendizagem a partir da reflexão sobre a experiência. Possibilita uma elaboração do conhecimento desenvolvido sobre o mundo e o sujeito no mundo, portanto, sobre si mesmo. (Afonso, 2006, p.34)

Embora Afonso (2006) considere a denominada abordagem psicodinâmica, incluindo Freud, Bion e Winnicott na fundamentação e modo de funcionamento da oficina, pode-se pensar que essa modalidade de atuação permanece no plano da consciência racional, das emoções e sentimentos, bem como da vontade. Encontra-se ao longo do texto uma miscelânea de significantes bastante díspares: subjetividade (aparentemente, enquanto interioridade psicológica), pessoa integral (englobando as dimensões do sentir, do pensar e do agir), o processo de comunicação no grupo, a identidade (dotada de uma dimensão simbólica e imaginária; uma dimensão consciente e inconsciente), construção e desconstrução de representações e de identidades sociais, processos de decisão etc. Todos eles parecem compor o campo heterogêneo da Psicologia tradicional.

> A particularidade da Oficina é que ela é realizada em um contexto socioinstitucional com enquadre definido e provavelmente um prazo de realização. Assim, nela, as dimensões terapêutica e pedagógica estão relacionadas à estrutura, ao espaço e ao tempo da intervenção e, ainda, ao "foco" da intervenção. (ibidem, p.35)

Portanto, a dimensão pedagógica da oficina seria aquela que promove o processo de aprendizagem do grupo, a partir de sua experiência e de acordo com sua demanda. Já o plano terapêutico é aquele que se sustenta nas relações afetivas e emocionais dos participantes, propiciando um processo de elaboração, a partir da análise das

relações transferenciais no grupo, dos *insights* e da reflexão. Sintetizando sua apresentação, Afonso (idem, p.59) explica que

> Quando falamos em intervenção psicossocial, quando interligamos processos psicossociais e subjetivos, estamos colocando em pauta a questão da mudança em esferas microssociais. Assim, a coordenação do grupo assume um papel de agente cultural, como alguém que mobiliza e facilita os processos participativos de mudanças.

Afonso (idem, p.59) coloca a questão ética quanto à possibilidade de manipulação do grupo, contra seu próprio desejo e interesse, num processo de intervenção psicossocial. Afirma que a imposição e o medo provocarão a resistência do grupo aos valores que se lhe pretende impingir, pois apenas a participação na tarefa coletiva poderá levar à mudança.

> Nesse sentido, a Oficina não se coloca como um método sub-reptício de manipulação e sim pretende ser um método participativo de análise psicossocial, cujos processos podem ser estimulados mas não induzidos, e cujos resultados dependem essencialmente da produção do grupo enquanto uma rede de relações, e não apenas da "atuação competente" de um coordenador. Como seu nome diz, a Oficina é um processo de construção que se faz coletivamente – ou não se faz. (ibidem, p.60)

De um modo geral, na perspectiva das intervenções psicossociais, pode-se considerar que as práticas pedagógicas, enquanto técnicas de socialização e de ressocialização, e práticas psicológicas, sob as formas de cuidados que incluem o manejo psicoterapêutico grupal e/ou individual, são utilizados enquanto instrumentos promotores de correção disciplinar, de ortopedia do comportamento e de vigilância punitiva. Elas constituem as aporias epistemológicas que podem ser mapeadas como pano de fundo paradoxal – disciplinar, de controle e normalizador – no qual se debate, por exemplo, a

Assistência Social como política pública na atualidade, na sua interface com a Psicologia, de viés tradicional clínico e psicométrico e também nas novas versões "psicossociais". Nessa perspectiva, o "socioeducativo", termo que se utiliza amplamente em numerosas atividades na área de políticas públicas sociais de Educação, de Assistência Social, de Saúde e no campo específico da política para criança e do adolescente, remete a uma mescla que integra o pedagógico e o terapêutico, numa acepção plena de sentidos disciplinares, devidamente analisados por Foucault (1999c).

Resumidamente, sabendo disso ou não, intervir significaria aplicar técnicas pedagógicas que produzam efeitos terapêuticos. Trata-se de pedagogizar os conhecimentos *psi* e de "terapeutizar" as práticas pedagógicas. Como se pensa que o conhecimento científico já produziu a Pedagogia e a Psicologia, se trata, portanto, apenas de sua aplicação prática. O que interessa nessa modalidade de intervenção é produzir efeitos "transformadores" ou, em outras palavras, "modificadores" nas pessoas, provavelmente na direção de parâmetros sociais e ideais estabelecidos pela classe dominante como sendo normais e adequados, de modo técnico, prático e efetivo, muito mais do que produzir um conhecimento sistematizado sobre a práxis empreendida.

Por hipótese dedutiva do material disponível, os referenciais teóricos das práticas denominadas de intervenção psicossocial consistem nos seguintes: Psicologia da personalidade, teorias da identidade, teorias psicológicas da consciência, teorias sistêmicas, teorias humanistas e comportamentais (Heidbreder, 1969; Schultz; Schultz, 1996; Bock; Furtado; Teixeira, 2001; Fadiman; Frager, 2002), teorias da dinâmica de grupos (Zimerman, 2000), teorias derivadas de diversas modalidades de Psicanálise, como, por exemplo, a "Psicologia do Ego" norte-americana (Baratto; Aguiar, 2007) e a Psicanálise do Ego (Zimerman, 2008; Fenichel, 2005).

Suas práticas incluem atividades tais como: sessões individuais e grupais de aconselhamento, de orientação, de diálogo e de informação, de ludoterapia, de oficinas, empregando a sugestão, a persuasão, utilizando possivelmente uma certa ascendência moral para

coagir, emitindo juízos de valor sobre a conduta e o comportamento inadequado apresentado pelos indivíduos, admoestando-os a se modificarem (Bleger, 1984; Casas, 2005; Massimi, 2008; Catão, 2011). Não é improvável que o discurso dos trabalhadores lance mão do conselho e da estimulação, indo em direção à recomendação e, em certos casos – certamente abaixo da crítica –, prossiga também em direção à ameaça, à manipulação emocional, culminando, inclusive, em práticas punitivas verbais e físicas. Pode parecer impressionante, mas há na Psicologia um plano completamente amador, "[...] ancorado em opiniões, estereótipos e preconceitos do mais absoluto senso comum [...]" (Patto, 2012, p.12).

Observa-se também que as diversas práticas artísticas tais como a dança, a pintura, a música, o teatro etc., bem como as práticas esportivas em geral, estão sendo instrumentalizadas enquanto mediações "socioeducativas" que seriam pretensamente capazes de educar corretamente os indivíduos, prevenindo diversos "riscos sociais" (Lobo; Cassoli, 2006; Zanetti, 2007). O que se busca é intervir na consciência racional das pessoas, procurando modificar seus hábitos errados, seus costumes incorretos e promovendo o desenvolvimento e a modelagem de novas habilidades consideradas socialmente mais adequadas, por meio do treinamento e da repetição de exercícios saudáveis. Atividades de recreação e de entretenimento são consideradas psicossociais e socioeducativas, visando à produção de ressocialização, reintegração, reinserção dos indivíduos, buscando integrá-los à sociedade. O conhecimento consiste no domínio pragmático de teorias e de técnicas psicológicas e pedagógicas, tanto individuais quanto grupais, para obter efeitos terapêuticos normalizadores. Conhecer é "ser capaz de modificar as pessoas para melhor", em direção a parâmetros sociais ideais, tacitamente adotados.

Os efeitos éticos dessa modalidade de atuação psicológica são problematizados por Patto (2012), que organizou uma coletânea, junto com outros autores críticos, debatendo a precariedade da formação e da atuação dos psicólogos. A partir da indignação com os resultados nefastos e concretos de inúmeras práticas psicológicas desenvolvidas na atualidade que, dentre inúmeros danos, podem

inclusive levar à morte (ibidem, p.9), propõe uma importante reflexão e denúncia sobre um estado de coisas profissionais que ocorrem no campo da Psicologia e que não são indiferentes.

> A crítica presente nos escritos aqui reunidos é contra uma psicologia que não pensa e que trata o outro como objeto. O que eles fazem é propor, de diferentes perspectivas, uma psicologia solidamente ancorada em uma reflexão teoricamente sustentada e que considere o outro como sujeito de múltiplas determinações, não como coisa a ser mensurada. (ibidem, p.11)

Nesse sentido, é fundamental partir de uma perspectiva crítica, ética e política, pois a produção de discursos científicos, os modos de funcionamento do conhecimento, com as intervenções deles decorrentes sobre as condições de existência de grupos e de indivíduos possuem relações muito diretas com as práticas políticas vigentes (Rodrigues, 2012).

Os efeitos éticos desse dispositivo psicossocial estão alinhados com a ética da interlocução, na qual se estabelece um pretenso diálogo entre indivíduos e ou pessoas iguais, mas que se revela nitidamente normalizador (Benelli, 2014b).

Quando as dimensões sociais, políticas, econômicas e subjetivas que são determinantes das condições existenciais pessoais escapam completamente a qualquer possibilidade de intervenção e transformação, resta ao profissional da Psicologia o trabalho de gerenciar e administrar o plano das relações interpessoais, trabalhando sobre o relacionamento humano, procurando melhorá-lo ou desenvolvê-lo, buscando superar seus bloqueios e traumas e também prevenir problemas de comportamento (Castel, 1987). Se transformar a realidade sociopolítica é inviável porque, segundo o discurso neoliberal, o social/coletivo já não existiria mais, restaria produzir e criar o psicológico como espaço pessoal (interioridade psicológica) e interpessoal (relacionamento grupal baseado em técnicas psicológicas).

> Atualmente com as práticas emergentes em Psicologia, percebemos que a ideia de flexibilização como desenvolvimento do trabalho clínico atual é privilegiada. Esse processo aparece como resposta à multiplicidade de elementos que permeiam a atuação do psicólogo na diversidade de espaços em que este cada vez mais se insere. Contudo, é importante pontuar a necessidade de uma análise crítica mais cuidadosa, uma vez que fazer um trabalho com o social não é por si só uma prática ética e libertária. A Clínica Social como *setting* de acolhimento de diferentes classes sociais, em diferentes espaços de trabalho tanto no setor público como nas ONGs pode nada mais realizar do que uma adaptação dos profissionais e dos procedimentos ao mercado globalizado, distanciando-se da inventividade. Essas alterações de público e de demanda em si não garantem nenhum avanço, apenas respondem a um movimento de psicologização dos problemas da vida e aprimoram os mecanismos de exclusão do capitalismo, partindo de uma visão de um sujeito que sofre e que deve ser sujeitado a uma prática clínica que o possibilite otimizar sua eficiência, adaptando-o às exigências da vida contemporânea. (Romagnoli, 2006, p.53)

Parece que se a intenção dessa perspectiva chamada "intervenção psicossocial" consiste em buscar superar os aspectos objetificadores, universais e autoritários da dita Psicologia Clínica – tomada como um campo homogêneo e indistinto –, ao invés de percorrer novos caminhos, estaria apenas trilhando as antigas veredas normalizadoras de sempre. Embora não pareça evidente à primeira vista, podemos considerar que o dispositivo interventor consistiria numa variação supostamente inovadora, mas ainda orientada, muitas vezes sem o saber, pelo dispositivo intromissor.

O dispositivo cartográfico

Com base na obra de Deleuze, Guattari e Foucault, esse dispositivo pretende promover uma problematização radical das *concepções de ciência* e do conceito central de *subjetividade,* (Miranda, 2005)

como eixos que orientam a pesquisa e a atuação do pesquisador e do trabalhador *psi*, entre outros.

> [...] o método cartográfico não se define pelos procedimentos que adota, mas é uma prática e uma atividade orientadas por uma diretriz de natureza não propriamente epistemológica, mas ético-estético-política. [...] Ao afirmar uma pesquisa que fala da experiência e a partir da experiência, é necessário sublinhar que o ponto incontornável aqui é que a diretriz da investigação é o acesso/produção do plano de forças que responde pela criação/transformação de experiência. (Passos; Kastrup; Tedesco, 2016, p.4)

Na literatura, encontramos numerosos trabalhos que adotam essa modalidade de investigação e de intervenção, também denominada pesquisa-intervenção (Fonseca; Kirst, 2003; Neves, 2004; Paulon, 2005; Fonseca et al., 2006; Nascimento; Manzini; Bocco, 2006; Rocha, 2006; Rocha; Aguiar, 2003; Aguiar; Rocha, 2007; Passos; Kastrup; Escóssia, 2009; Amador; Fonseca, 2009; Paulon; Romagnoli, 2010; Tanikado; Maraschin, 2012; Fonseca; Costa, 2013; Passos; Kastrup; Tedesco, 2016).

A própria instituição "pesquisa" no contexto da universidade é fortemente questionada, interrogando o lugar do perito-pesquisador enquanto especialista (Romagnoli, 2009). A pesquisa consiste num dispositivo de intervenção que se afirma enquanto ato político, partindo da hipótese da indissociabilidade entre saber, poder e produção de subjetividade (Parpinelli; Fernandes, 2011). Considera-se que há diferentes modos de subjetivação e seus processos de serialização e de singularização no plano sócio-histórico.

A clínica da expressividade estética como efeito do dispositivo cartográfico

É bastante difícil encontrar trabalhos que apresentem uma formalização sistemática do que seria a clínica da diferença, também

conhecida como esquizoanálise (Deleuze, 2011; Baremblitt, 1998, 2003; Tedesco, 2007; Tedesco; Nascimento, 2009; Walter; Pinho, 2017). Isso talvez seja proposital. Há muitos artigos, capítulos de livros e teses que tratam do tema, configurando um conjunto de trabalhos bastante diversos e não é simples elaborar alguma síntese satisfatória sobre o assunto. É possível pensar que essa figura da clínica, em sua multiplicidade rizomática, não se presta mesmo para ser recortada numa forma acabada que logo se tornaria prescritiva.

Lopes (1996) buscou selecionar elementos para uma clínica intitulada "pragmática do desejo" no pensamento de Guattari e Deleuze. Seu objetivo era extrair uma "esquizoanálise" da dispersão em que se encontra nos textos desses autores, rastreando conceitos pré-operatórios visando delinear posições críticas e clínicas da esquizoanálise, considerando sua complexidade, heterogeneidade e transversalidade.

Neves e Josephson (2001), por exemplo, a partir de uma perspectiva transdisciplinar baseada na genealogia de Foucault e também no pensamento de Deleuze e Guattari, discutem a situação da Psicologia Clínica no campo *psi*. Afirmam que a clínica, na formação dos psicólogos, ainda reproduziria de modo acrítico "as clássicas dicotomias interior/exterior, consciente/inconsciente, sujeito/objeto, clínica/política" (p.99), mesmo quando se busca ajustar a clínica aos novos problemas da atualidade. É preciso entender que se trata da clínica tradicional, que seria específica da Psicologia enquanto conhecimento disciplinar e estratégia de intervenção aplicada, a partir do saber/poder do especialista. A problematização e a desnaturalização da clínica permitiriam captar as "forças histórico-políticas que construíram, em um determinado momento, saberes e práticas, seus conceitos-ferramentas, os efeitos de sua intervenção no real" (ibidem), revelando que a clínica também se constitui num campo político no qual há forças diversas em luta, há desenvolvimento de processos estratégicos, com ocupações hegemônicas do campo.

Uma leitura genealógica da clínica permitiria entender que, "a partir da problematização da instituição-clínica que hegemonicamente vem se afirmando no campo psi, apesar das diferentes

matrizes teóricas que a sustentam, se materializa numa concepção da subjetividade ligada à noção de identidade individual, enquadrada em valores psicológicos "entificados" num 'eu'" (p.103). Esta forma hegemônica também recorta as práticas clínicas a partir de um enfoque intimista que tem como um de seus efeitos a produção da dicotomização entre desejo e política, como afirmam Neves e Josephson (idem, p.103).

Neves e Josephson (2001) identificam, sem mais, uma suposta interioridade psicológica e íntima – que seria atribuída ao ser humano de modo universal pela Psicologia disciplinar – com o termo subjetividade. Afirmam que uma clínica baseada nesse pressuposto produz individualização, intimização, familiarização e "evitação da diferença e dos encontros produzidos pelos afetos e desejo na produção de real social" (p.104). Confundindo sujeito e indivíduo, indicam que o desejo, na clínica *psi* tradicional, teria sua origem num sujeito, representando apenas a demanda de algum objeto ao qual faria, necessariamente, referência: "temos o desejo articulado a uma transcendência que o recalca, encarcerando-o em carências, culpabilidades, lei, falta" (p.104). Para as autoras, então, parece que essa clínica dita "tradicional" incluiria certos matizes psicanalíticos, que são generalizados.

De acordo com Neves e Josephson (idem), a clínica crítica, numa contraposição à essa suposta "clínica tradicional" seria pautada no pensamento de Deleuze e Guattari e partiria do princípio de que o desejo é produção, é essencialmente produtivo, "inscrevendo-o num regime de imanência entre a produção social e a produção desejante" (p.104). Tal clínica superaria a noção de um "eu" centrado no princípio da identidade, as categorias universais que modelariam a subjetividade e também a tirania da intimidade. Ela está aberta à "invenção e experimentação permanentes" (p.104), já que "clínica", filologicamente, significa "inclinação, deriva ou desvio" (p.105) e seu âmbito imanente inclui os planos macro (molar) e micropolíticos (molecular), tidos como indissociáveis.

Neves e Josephson (idem, p.105) explicam ainda que Deleuze formulou os conceitos de "linhas" de natureza diversa: linhas de

segmentaridade dura, que incluem os planos dos territórios visíveis e dos dispositivos de poder (família, profissão, trabalho, classe social); linhas de segmentaridade flexível, com seus fluxos e devires, plano do desejo invisível, das intensidades; e linhas de fuga, que são "abstratas das quais as outras derivam". Afirmam também que "estas linhas são imanentes, ou seja, seu processo é de coprodução e acoplamento, nelas é a relação que define os termos, não algo de fora que as organize, não há transcendência ou *a prioris*" (p.105).

No plano macropolítico predominaria uma "máquina abstrata de sobrecodificação" (ibidem, p.106) que recortaria grandes conjuntos, produzindo identidades, individualidades, sujeitos objetos. No plano micropolítico haveria a "predominância de uma máquina abstrata de mutação ou de guerra" (ibidem), visando escapar da sobrecodificação totalizadora e a conectar-se com o devir. As três linhas estariam presentes tanto no plano molar quanto no molecular.

No plano molar, predominaria um "sistema arborescente, que se caracteriza por desdobramentos e derivações a partir de uma referência primeira e funcionam por reprodução. No plano micro, as linhas formariam um sistema de rizomas onde tudo é local e a conexão se faria a partir de qualquer ponto, sendo sempre heterogêneas" (ibidem, p.106-107). Afirmando a processualidade e o devir, o sistema rizomático promoveria novos encontros, fluindo sempre, criando novos agenciamentos e ilimitados arranjos. Funcionaria por meio de movimentos de desterritorialização e de reterritorialização, implementando práticas de invenção de si.

Fonseca (2012, p.8) apresenta uma síntese que pode ser considerada como ilustrativa dessa perspectiva clínica:

> Nosso argumento principal se desdobra a partir da ideia de que a prática clínica como uma prática social concreta, historicamente produzida, pode, rompendo com sua própria história, forjar desvios na sua produção político-subjetiva, inquietar seu corpo ordenado para "colocar em xeque" sua potência de resistência, ou seja, sua função criadora. Porém, do ponto de vista que atravessa esse estudo, não será a partir de um Eu, de um Sujeito – como efeito dessa

> estratificação – que surgirá qualquer inclinação para entrarmos em contato com processos de disjunção, processos nos quais, desarranjar é sinônimo de produzir e, no que diz respeito à prática clínica, produzir maneiras de viver. Todavia, o instante criador escapa ao tempo discursivo engendrando fragmentos que não dizem respeito a nenhuma forma delineada mas às irregularidades, às "desordens", às fugas em ato, às ações no/do corpo-pensamento: são Expressividades. Tal afirmação nos coloca diante do desafio de poder tornar dizível um conjunto de redefinições de sentidos e valores que sustentam os estudos da subjetividade na contemporaneidade e as interferências dessas reorientações na prática clínica. Urge um reposicionamento na maneira como se concebeu classicamente a função do pensamento – como aquisição e acumulação de conhecimento – e a interferência desse pensar na criação de maneiras de viver, na construção de planos de experimentação. Trata-se de buscar não mais a reflexão ou representação da/sobre a realidade objetiva ou subjetiva, mas a criação de um plano onde dimensões intensivas, *afetos,* e resistências ao que oprime, constrange e obstrui a alegria criadora possam ganhar passagens. Trata-se de fazer funcionar um conjunto de práticas que se caracterize pelo seu "poder de ser afetada e afetar", esgarçando as duas funções preponderantes na história das práticas clínicas – olhar e escutar – e, coextensivamente, o vetor profundidade que de alguma maneira conecta e faz funcionar essas duas funções, para que se insinue um desvio. Não se trata mais de plano das alturas, também não se tratará de um mergulho nas profundezas do ser, mas nas chances, extraordinárias, que a experimentação clínica pode proporcionar.

Outro exemplo de uma pesquisa-intervenção que aborda a clínica em estabelecimentos institucionais públicos consiste no trabalho de Sousa (2009, p.8):

> Cada vez mais a psicologia amplia seus campos de atuação, alargando suas possibilidades de intervenção. Nessa ampliação, torna-se frequente sua participação em projetos sociais, que, sem

> dúvida, convocam os profissionais neles inseridos à invenção. Dentre esses projetos, presenciamos o aumento da atuação do psicólogo em Organizações Não Governamentais, as ONGs. Nesse contexto, este estudo tem como tema as intervenções clínicas desenvolvidas por psicólogos de ONGs que atendem comunidades com vulnerabilidade social de Belo Horizonte, enfatizando seus dispositivos de intervenção e sua articulação com a produção de subjetividades. Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de melhor compreendermos a atuação da psicologia nessas organizações e por nos depararmos com exigências de uma nova postura das práticas clínicas em espaços sociais que ampliam a clínica tradicional. Nessa perspectiva, utilizam-se as ideias de Gilles Deleuze e Félix Guattari e o método cartográfico no intuito de experimentar, de forma mais intensa, o campo de pesquisa, junto aos acontecimentos, discursos e afetos. As produções deste estudo indicam a necessidade de a psicologia e os psicólogos promoverem "intercessões" com outros saberes, corpos, territórios e práticas, abrindo-se para o novo, o diferente, a expansão, enfim, para a vida. Essa postura cria uma rede de intensidades que vai ao encontro com a transdisciplinaridade, para a extinção das dicotomias entre individual/coletivo, consciente/inconsciente, clínica/política, teoria/prática. Para isso, é fundamental estarmos atentos às cartografias, às linhas de força que vão se desenhando no cotidiano das intervenções, seguindo as duas tendências possíveis: reprodução e/ou invenção.

Rolnik (2010, s/p. *apud* Teixeira-Filho, 2012, p.106) tece algumas considerações que permitem pensar sobre o que seria esse plano das sensações:

> Na relação entre a subjetividade e o mundo, intervém algo mais do que a dimensão psicológica que nos é familiar. Estou chamando de psicológico, o *eu* com sua memória, inteligência, percepções, sentimentos, etc. – nosso operador pragmático, que permite nos situarmos no mapa dos significados vigentes, funcionarmos nesse universo e nos movermos por suas paisagens. Esse "algo mais"

que acontece em nossa relação com o mundo, se passa numa outra dimensão da subjetividade, bastante desativada no tipo de sociedade em que vivemos, dimensão que proponho chamar de "corpo vibrátil". É um algo mais que captamos para além da percepção (pois essa só alcança o visível) e o captamos porque somos por ele tocados, um algo mais que nos afeta para além dos sentimentos (pois esses só dizem respeito ao eu). "Sensação" é precisamente isso que se engendra em nossa relação com o mundo para além da percepção e do sentimento. Quando uma sensação se produz, ela não é situável no mapa de sentidos de que dispomos e, por isso, nos estranha. Para nos livrarmos do mal-estar causado por esse estranhamento nos vemos forçados a "decifrar" a sensação desconhecida, o que faz dela um signo. Ora, a decifração que tal signo exige não tem nada a ver com "explicar" ou "interpretar", mas com "inventar" um sentido que o torne visível e o integre ao mapa da existência vigente, operando nele uma transmutação. Podemos dizer que o trabalho do artista (a obra de arte) consiste exatamente nessa decifração das sensações. É talvez nesse sentido que se pode entender o que quis dizer Cézanne com sua ideia de que é a sensação o que ele pinta. (31/07/2010, s/p.)

Alguns outros trabalhos que também permitem ter uma certa noção de como seria a clínica no dispositivo cartográfico são os seguintes: Teixeira-Filho (1993), Estellita-Lins (2007), Romagnoli (2006, 2007), Romagnoli et al. (2009), Londero (2011), Tedesco e Rodrigues (2012), Tedesco e Souza (2009) e Hur (2015). É possível considerar que os efeitos éticos promovidos pelo dispositivo cartográfico e pela clínica esquizoanalítica, dada sua perspectiva transdisciplinar, estão orientados pela singularização subjetiva.

Em que consistiria, enfim, pensar uma Clínica Transdisciplinar? Produzir uma prática orientada por regiões do saber que chamamos de "campo de dispersão", por oposição a um saber que se pretenda universal e ordenado. Utilizar-se de fragmentos de teorias, fazer empréstimos e estabelecer parentescos "não autorizados" entre diferentes campos. Quem os autorizaria? Mas preocupa-nos menos

a coerência interna do discurso e mais os efeitos que estes produzirão no campo das práticas, especificamente no campo da Clínica. (Neves et al., 1993, p.179)

O dispositivo intercessor (DI)[8]

Não esperem de meu discurso, nada mais subversivo, do que não pretender ter a solução

(Lacan, 1992, p.66)

O DI emerge a partir de uma discussão crítica dos dispositivos intromissor e interventor, problematizando seus efeitos e limites, buscando sua superação. O equacionamento sistemático e lógico dos impasses desses dois dispositivos leva à formalização do DI. Incialmente, reconhecemos que o termo e o conceito "intercessor" podem ser encontrados nos trabalhos de Deleuze (1992):

> Deleuze (1992) afirma que nós escolhemos nossos intercessores. A grafia do conceito deleuziano de intercessor segue a do verbo interceder, que significa intervir. Produzir interferências não é o mesmo que fazer interseção, não significa meramente fazer um cruzamento entre dois conjuntos ou linhas – o importante aqui é que o cruzamento constitui uma zona de interferência. Deleuze adverte que o intercessor pode ser alguém do campo científico, filosófico ou artístico; pode ser também um conceito ou mesmo uma coisa, como

---

8 O dispositivo intercessor consiste numa formulação original do Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa, docente do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Sociedade da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, São Paulo. A "Carta de fundação do Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e 'Subjetividadessaúde' (LATIPPSS)", escrita pelo Prof. Abílio, bem como trabalhos inéditos sobre o tema, foram publicados num número especial da Revista de Psicologia da Unesp organizado pelo coletivo do Laboratório. Cf. em: http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/issue/view/88.

> um dispositivo técnico, por exemplo. Mas algo é fundamental: "é preciso fabricar seus próprios intercessores" (Deleuze, 1992, p.152). Isto quer dizer que as migrações de problemas ou conceitos não podem se fazer sem um trabalho de criação, operado no interior do campo que o recebe. Não se trata de troca ou imitação, mas de operações de captura e busca de ressonâncias. Assim sendo, a transmutação é recíproca, num jogo de interferências mútuas, envolvendo o intercessor e o campo por ele afetado. (Kastrup, 2000, p.6)

De acordo com Rodrigues (2011, p.236):

> O termo *intercessão* tem sido, muitas vezes, aparentado a seu homófono, relativo à *interseção* matemática. O efeito de tal aproximação é o entendimento do primeiro como coincidência parcial entre conjuntos previamente delimitados. No entanto, se a algo se deve remeter o conceito deleuze-guattariano de *intercessor* é ao verbo *interceptar*, com suas conotações de deriva, devir, desvio; ou, paralelamente, ao verbo *interceder*, menos por suas ressonâncias religiosas do que pela função de *correlação recíproca* que implica – em um "ceder entre", nada se preserva como antes do próprio ato.

Os intercessores são múltiplos, remetendo àquilo que intercepta, propiciando múltiplas conexões que oportunizam o diferir e a produção de sentidos outros. Já não se trata, portanto, de se intrometer, de intervir, mas de interceder. A questão vai muito além do mero jogo de palavras e da simples substituição de termos (Vasconcellos, 2005).

Há um conjunto de características importantes que delineiam a perspectiva do dispositivo intercessor. Costa-Rosa (2008, 2012, 2013a) e outros pesquisadores (Stringueta; Costa-Rosa, 2007; Hainz; Costa-Rosa, 2009; Martini, 2010; Miranda, 2011; Pereira, 2011; Galiego, 2013; Andrade, 2013; Garcia, 2013; Paes, 2014; Périco, 2014; Périco; Costa-Rosa, 2014; Fiochi, 2015; Souza, 2015; Costa, 2016; Shimoguiri, 2016) vêm construindo as coordenadas teóricas, técnicas, políticas e éticas do dispositivo intercessor (DI).

Trata-se de um processo de elaboração ainda em andamento, mas que já apresenta resultados interessantes.

O programa consiste em buscar a *superação radical do paradigma disciplinar sujeito-objeto* e dos seus homólogos, os *princípios doença-cura e normal-anormal* subvertendo tanto o plano epistemológico quanto o técnico, o político e o ético. Esse dispositivo implementa o Paradigma Psicossocial (PPS) e se pauta pela *ética do sujeito* e pela consideração da complexidade do *processo saúde-adoecimento-Atenção* (Costa-Rosa, 2013a; Périco, 2014; Benelli, 2014b), incluindo tanto o ser humano enquanto ator social no plano da política e da história, quanto o sujeito do (desejo) inconsciente, compreendendo suas especificidades, tal como postuladas pela Psicanálise de Freud e Lacan.

O *processo saúde-adoecimento-Atenção* consiste na concepção diametral e dialeticamente oposta aos *princípios disciplinares doença-cura e anormal-normal*. A saúde não consiste na mera ausência de doenças, mas é um processo de produção social e complexo, incluindo, fundamentalmente, mas não apenas, os direitos humanos, os direitos sociais, os direitos políticos e também os econômicos dos sujeitos. No plano estatal e político, todos esses direitos se traduzem em políticas públicas que os tornem concretos: alimentação, trabalho, educação, esportes e lazer, habitação, saneamento básico, cultura, transporte, Saúde, Assistência Social, Previdência Social etc. A efetivação das políticas públicas se orienta em direção à construção da cidadania integral para todos, o que pode se realizar naquilo que já se chamou de "cidades saudáveis" (Costa, 1997; Westphal; Mendes, 2000; Silveira; Fernandes; Pellegrini, 2014).

Tradicionalmente, no campo das práticas *psi* (psicológicas, psiquiátricas, psicanalíticas), tanto na Saúde Pública quanto na Psicologia Clínica tradicional, no processo da oferta de atenção ao sofrimento psíquico, o outro pode ser tomado como objeto de ensino (numa atitude de mestria), de governo (por meio da tutela e da subordinação), de interpretação, de intervenção, de prevenção, de tratamento, de cura, de cuidado. Práticas diversas de prevenção, de intervenção, de tratamento, de reabilitação, de reinserção, de

ressocialização, de recuperação, de inclusão, tomam o indivíduo como objeto, como doente, como consciência, ego, personalidade, identidade, comportamento, conduta, como portador de patologia e de desvio da normalidade. Como superar esses impasses?

Quando o outro é objeto de saber, os meios de trabalho são baseados na intervenção, de caráter cuidador mais ou menos assistencialista, pedagógico ou terapêutico, mas cuja função consiste na reprodução das relações de opressão, dominação e subordinação hegemônicas. Aí tais práticas podem ser situadas no plano do Discurso do Mestre, da Universidade e também do Capitalista (Forbes, 1993; Lacan, 1992; Laurent, 1992; A. Souza, 2008; Vegh, 2001), que subsidiam as práticas de atenção disciplinares-pedagógicas-terapêuticas-assistencialistas-cuidadoras-normalizadoras. Na contramão dessa perspectiva

> O analista lacaniano importa-se menos em curar o paciente do que em *produzir a cura* a partir do trabalho do inconsciente. Essa busca da verdade tem como efeito mobilizar o terapeuta e seu analisando numa aventura para a redescoberta de um continente. Nesse sentido, seria errôneo acreditar que o lacanismo não passa de uma filosofia da linguagem, desprovida de qualquer incidência terapêutica. Contrariamente às práticas fundamentais no voluntarismo da reeducação do ego, ele permite cuidar dos sujeitos "de outra maneira", com um benefício terapêutico tão mais eficaz quanto menos intencional possa ser. Nesse sentido, a clínica lacaniana é uma *outra clínica,* que reativa a onipotência do determinismo inconsciente em detrimento de uma cura imediata do ego. (Roudinesco, 1988, p.332-333)

Na Atenção Psicossocial, tal como é postulada no PPS, é preciso questionar e superar a *dicotomia sujeito-objeto*. O ser humano nunca deve ser concebido como objeto, pois sua condição de *sujeito* lhe é essencial e não pode ser escamoteada, ocultada nem negada. Se o outro é sujeito, não se pode saber por ele, nem o submeter a relações de ensino, de governo e de análise que o coloquem no lugar de

objeto, que o coisifiquem. Quando o outro está no lugar de sujeito, os meios de trabalho permitem que os trabalhadores implementem práticas de intercessão, produzindo relações sociais inéditas e singulares. Nesse caso, se instaura o Discurso da Histeria ou do Sujeito, tendo como horizonte o Discurso do Analista (Forbes, 1993; Lacan, 1992; Laurent, 1992; A. Souza, 2008; Vegh, 2001).

Os referenciais teóricos do DI são múltiplos e complexos. O psicólogo psicossocial é um profissional que possui uma formação complexa, devendo ser informado pelo materialismo histórico, avisado pela Análise Institucional (AI) (Stringueta; Costa-Rosa, 2007; Romanini; Roso, 2012), prevenido pela Filosofia da diferença (Deleuze, 1992) e, sobretudo, precavido pela Psicanálise do campo de Freud e Lacan, para realizar práticas de intercessão norteadas por uma ética que possibilite aos sujeitos se reposicionarem, a partir do tratamento do *real* pelas ferramentas do *simbólico*, nas conflitivas que atravessam e que os atravessam: busca-se promover a implicação subjetiva e sociocultural (Costa-Rosa, 2000, 2011). Considera-se que há especificidades que distinguem clínica e política, mas elas podem estar articuladas, sem se anularem ou excluírem mutuamente, mas em salutar tensionamento (Checchia, 2010).

Não é aceitável, na perspectiva da Atenção Psicossocial, que as práticas dos diversos trabalhadores, incluindo os clínicos, promovam formas de subjetividade alienada, pois esse é um aspecto fundamental que uma ética radicalmente cidadã deve questionar e buscar superar. Os trabalhadores que se orientam por tal perspectiva têm por horizonte desenvolver ações que podem ser consideradas "intercessoras-emancipatórias-analíticas" (Périco, 2014, p.41). Nessa perspectiva, de acordo com Costa-Rosa (2013a, p.227):

> Fica reservado ao antigo sujeito, o trabalhador da Saúde Mental, o lugar de um sujeito intercessor, ou seja, um sujeito coadjuvante nos processos de produção da saudessubjetividade que se trata de produzir. Convêm esclarecer que não se trata de coprodução nem da intersecção trabalhador-sujeito do sofrimento, presentes na discussão corrente dessas questões (Merhy et al., 2002); o termo

intercessão é o único capaz de dar conta das relações sociais de produção da Atenção, na perspectiva do Modo Psicossocial.

Embora a operação a partir do dispositivo intercessor inclua a produção de conhecimento, devidamente avisados pelos intercessores teóricos, não se visa produzir novas prescrições às quais as pessoas deveriam seguir. A intercessão consiste no favorecimento da criação de respostas com base na autonomia dos sujeitos para construir as estratégias que de fato possam servir para que alcancem seus objetivos. Há um saber que se produz e que também se esgota e se consome na intercessão em ato, trata-se de um saber que não se presta para ser apropriado por um trabalhador intelectual que poderia transformá-lo em conhecimento cristalizado sob a forma de livro[9]. Mas esse trabalhador também pode produzir um conhecimento, ao refletir sobre sua própria experiência de intercessão, possibilitando que ele possa se orientar no campo de intercessão, revendo seu percurso, corrigindo equívocos e buscando criar estratégias e alternativas para solucionar os impasses encontrados (Pereira, 2011; Périco, 2014; Souza, 2015; Costa, 2016; Shimoguiri, 2016).

A clínica da intercessão como efeito do dispositivo intercessor

No PPS, a modalidade Atenção Psicossocial exige uma clínica crítica que se situa no contexto das políticas públicas de Saúde (Costa-Rosa, 2012). Saudesubjetividade são construídas social e subjetivamente, numa perspectiva outra que a da lógica médica e química do paradigma "flexneriano" (Mendes, 1996). Vamos indicar

9 Quanto à questão de um saber que não faz livro, ver em Deleuze e Guattari (1995) as distinções entre o livro-raiz, que entendemos como aquele que exemplifica a cristalização do saber sob a forma do conhecimento representacional e o livro-raiz fasciculada, livro impossível, enquanto puro fluxo de intensidades vivas, que não podem ser capturadas por nenhum tipo de escrita, mas que são absolutamente operatórias no plano da realidade psíquica e social.

brevemente algumas características fundamentais – sem a pretensão de sermos exaustivos – da clínica do sujeito e os modos de interceder junto a ele, para o que a Psicanálise do campo de Freud e Lacan é fundamental. Trata-se de uma clínica que considera, logo de saída, que o agente e protagonista da existência e sofrimento é o sujeito, não é o terapeuta, que se situa como intercessor na atenção ao complexo processo social/subjetivo saudessubjetividade.

Aquele que demanda atenção para o seu sofrimento psíquico e para seus impasses subjetivos é sujeito, é agente e protagonista, embora possa não se situar pessoalmente assim logo de início – dada sua suposição de saber/poder no outro supridor/curador, reflexo da alienação da qual sofre. O trabalhador-intercessor deve operar no sentido de colocar o outro no lugar do trabalho, como protagonista, superando radicalmente ações de suprimento baseadas no seu suposto saber/poder.

O outro é considerado sujeito no sentido psicanalítico: é um indivíduo com inconsciente e também é "um efeito de sentido capaz de operar cortes na significação subjetiva alienante instituída" (Costa-Rosa, 2011, p.755). Trata-se de "um homem sempre constituído como tal dentro de um campo sociossimbólico" (ibidem, p.755). A Psicanálise do campo de Freud e Lacan considera o ser humano/sujeito "como 'entre semelhantes', ou seja, como sujeito social com todas as implicações e desdobramentos disso; até alcançar a dimensão do sujeito 'entre significantes', isto é, como sujeito de sentido e significância" (Costa-Rosa, 2013a, p.279). Seu protagonismo não se reduz a um suposto plano social que habitaria enquanto sujeito social e histórico, dotado de intencionalidade consciente, embora tudo isso seja importante e não possa ser descartado. É fundamental que o intercessor faça a suposição de saber no outro, o que exige que não ocupe o lugar de sujeito suposto saber, evitando a posição do mestre.

Na perspectiva da Saúde Coletiva, considerando-se a emergência do sujeito, se trabalha com a não separação entre diagnóstico e tratamento: em Psicanálise só se "diagnostica" sob transferência, e isso já é tratamento. O trabalhador-intercessor (clínico, nesse caso) opera

com o diagnóstico "em ato": em ato ele faz o diagnóstico e "trata", num único e mesmo movimento, pois em última instância ele sabe fazer o outro fazer saber, auxiliando o outro a saber-se e produzir-se na existência.

O sujeito que sofre e busca pelo terapeuta clínico posicionado como intercessor é o verdadeiro protagonista, embora ele não se apresente como tal, de imediato. Ele não sabe que sabe, por isso chega fazendo suposição de saber no intercessor. Parte importante da atuação do trabalhador-intercessor consiste em não operar desde o lugar de mestria no qual o sujeito o coloca. Trata-se de suspender o saber/poder de mestria sapiente que ensina, de governante que manda e de educador que orienta e conduz, visando a que o outro se implique subjetivamente nas queixas que apresenta. Isso não é algo que aconteça automaticamente, é preciso manejar a transferência de saber/poder que o sujeito estabelece com o trabalhador-intercessor.

Quem chega demandando ajuda para lidar com algum tipo de sofrimento psíquico é um indivíduo, mas é também um sujeito, atravessado e atravessador de impasses de ordem subjetiva, sendo que, como tal, é também um ator social incluído na trama histórica e sociossimbólica.

É a partir do plano da subjetividade – considerada como realidade psíquica (social, histórica, inconsciente, estrutural e singular) – que o indivíduo deve se posicionar como sujeito protagonista do processo de se tratar, pois ele é o principal e único produtor de qualquer saber e, sobretudo, do saber inconsciente sobre seu sofrimento. Trata-se de uma ética pautada no *cuidar-se* que visa promover a implicação sociocultural e subjetiva, bem como propiciar processos de singularização desejante.

Conclusão

Neste ensaio, problematizamos as práticas em Psicologia Clínica e, para tanto, partimos de algumas considerações sobre a dimensão institucional da clínica na Psicologia como ciência e profissão. As

práticas clínicas psicológicas não são iguais nem equivalentes e mostrou-se possível distingui-las umas das outras. Não podemos considerá-las apenas concorrentes e alternativas entre si, sem maiores especificidades, sobretudo quanto ao que se refere ao plano ético dos seus efeitos psicossociais.

Nossas investigações nos levaram a mapear quatro dispositivos que permitiram diferenciar com certa precisão algumas das diferentes práticas em Psicologia Clínica. Caracterizamos o dispositivo intromissor, o interventor, o cartográfico e também o intercessor, sendo que cada um permite implementar práticas clínicas diversas na Psicologia, apresentando também seus efeitos éticos específicos. Cada dispositivo, tanto os do olhar, quanto o da sensação e o da escuta possuem coerência teórica e epistemológica, técnica e operacional, política e ética próprias. Tais considerações permitem que os trabalhadores da Psicologia possam se orientar quanto ao dispositivo que eventualmente subsidia seu fazer/saber profissional. Essa clareza nos parece importante quando postulamos que a Atenção Psicossocial precisa de um psicólogo psicossocial que atue em sintonia com esse paradigma.

5
Figuras paradigmáticas de práticas clínicas: clínica convencional, ampliada, da diferença, da Atenção Psicossocial e algumas de suas submodalidades

Uma possível análise paradigmática do campo da Psicologia

> *"Sem uma definição clara da concepção do processo de produção saúde-adoecimento e da Atenção que sirva de bússola, dificilmente se saberá aonde ir e como."*
>
> *(Costa-Rosa, 2013a, p.142).*

Há uma importante e polêmica discussão na Psicologia sobre as possibilidades de uma leitura paradigmática do campo, como podemos ver nos trabalhos de Caniato (2005), Carone (2003, 2012), Guareschi (2008), Campos e Guareschi (2009), Figueiredo (2009) e também de Costa-Rosa (2000, 2011, 2013a). Considerando que há reparos e posições diversas quanto às possibilidades de uma análise paradigmática[1] da Psicologia como área científica, há vários anos

1 Importantes discussões sobre paradigmas e sua operatividade analítica em diferentes campos e o tema da transição paradigmática podem ser encontradas em Kuhn (2006, 2011) e em Santos (1988, 2009). Redimensionando os problemas debatidos por tais autores e procurando avançar no assunto, Costa-Rosa (1987,

temos trabalhado com essa perspectiva útil e necessária para pensar problemas em áreas diferentes: formação do clero católico (Benelli, 2006, 2013), entidades assistenciais e inclusive o próprio campo institucional da Assistência Social (Benelli, 2014a, 2016a, 2016b; Benelli; Costa-Rosa, 2012), e também investigando o tema das instituições totais e disciplinares que utilizam de diversos modos a tecnologia da internação, visando aos mais variados objetivos (Benelli, 2015).

Trabalhamos com a hipótese de que cada paradigma que pode ser mapeado no campo da Psicologia pode produzir e implementar um tipo de atenção clínica alinhada com determinados pressupostos teórico-assistenciais, técnico-assistenciais, jurídico-políticos e socioculturais específicos. Podemos dizer que cada arranjo paradigmático implementa uma orientação política e assistencial específica, norteada por princípios e pressupostos que normalmente não estão plenamente explícitos, mas que, afinal de contas, é capaz de produzir aquilo que é determinado por suas possibilidades, não o que gostariam a boa vontade e a ingenuidade política dos agentes institucionais. Sempre é possível utilizar instrumentos novos para atingir objetivos bem tradicionais, e vice-versa.

A prática traz embutida em si os pressupostos técnicos, assistenciais, ideológicos, políticos e éticos que podem ser estudados por meio da observação do dispositivo clínico institucional em seu funcionamento cotidiano, da análise de documentos escritos e de discursos que enunciam suas finalidades institucionais. Existem palavras-chave e outros operadores que remetem diretamente a universos conceituais e assistenciais específicos. Há também instrumentos, práticas e procedimentos implementados cotidianamente que podem ser considerados típicos desse ou daquele paradigma. Podemos apreender, então, qual dispositivo[2] está sendo implemen-

---

2000, 2013a) propõe uma análise paradigmática do campo da Atenção Psicossocial que tem sido muito inspiradora para nossos trabalhos.

2 Um dispositivo é "[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, em suma: o dito e o não-dito são os elementos

tado na prática institucional. Na realidade, os paradigmas não aparecem "puros" e tão nítidos quanto no campo conceitual, mas é possível detectar a predominância e a orientação hegemônica da dinâmica institucional, por meio da análise de alguns parâmetros que seriam constitutivos de cada paradigma.

Embora os modelos ideais não pretendam ser reflexos fiéis das coisas do mundo, eles podem ser úteis para promover a compreensão da realidade, que é sempre múltipla e muito mais complexa do que as figuras paradigmáticas construídas pelo pensamento, num plano conceitual. Mapas racionais simplificam e distorcem a realidade complexa, mas permitem pensá-la e ajudam a se localizar no campo social, a partir de certas coordenadas conhecidas. Isso tem muita importância quando entendemos que a implicação subjetiva dos agentes é um critério determinante quanto aos efeitos éticos produzidos pelas instituições e seus estabelecimentos sociais, pois é preciso estar atento aos efeitos éticos que a própria ação ajuda a promover (Benelli, 2014b).

Constatamos, por meio do nosso trabalho como clínico e da revisão da literatura, que no campo da Psicologia haveria diversas possibilidades clínicas. Quais seriam suas características, seus objetivos, possibilidades e limites? Elas seriam equivalentes? Tanto faz escolher uma ou outra? Elas possuiriam diferenças notáveis? Como discriminá-las? Elas produziriam os mesmos efeitos? Como se orientar de um modo geral diante de tais questões? No campo múltiplo da

---

do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos" (Foucault, 1999b, p.244). Sobre uma análise dos dispositivos que mapeamos operando no campo da Psicologia, ver o Ensaio 4, intitulado "Problematizando as práticas em Psicologia Clínica: os dispositivos intromissor, interventor e intercessor". Consideramos que a clínica, como instituição, produz dispositivos, no sentido de que ela se encarna, se concretiza numa dada formação social e histórica, por meio de diversos aparatos. Entendemos que o conceito de dispositivo, próprio do campo da genealogia foucaultiana, é distinto do conceito de paradigma, que localizamos no campo do pensamento dialético. Estamos utilizando tais conceitos numa perspectiva institucionalista, pois nos permitem operar em planos analíticos diversos e captar diferentes nuances das figuras clínicas.

Psicologia, como ciência e profissão, a partir das investigações realizadas, além da *clínica tradicional*, postulamos que há uma *clínica ampliada* e também uma *clínica da diferença* e uma *clínica da Atenção Psicossocial*. Vamos apresentar uma análise paradigmática dessas modalidades de clínica que, em parte, se localizam no âmbito disciplinar da Psicologia, e outras que já estariam situadas num campo transdisciplinar, com base em uma ampla literatura disponível.

Se, por um lado, a Psicologia inclui outras possibilidades e formas de atuação que não somente a clínica, também é verdade que a clínica consiste numa parte importante desse campo. Por outro, as práticas psicológicas consideradas não clínicas também podem estar imbuídas da mesma lógica clínica, podendo promover intromissões e intervenções modificadoras com traços preventivos, curativos, corretivos e, inclusive, terapêuticos. Se a Clínica não recobre todo o campo da Psicologia, talvez possamos considerar que da sua lógica institucional, da sua política e da sua ética podem originar-se determinados conjuntos paradigmáticos bastante homogêneos, conforme pudemos verificar por meio da literatura compulsada (Canguilhem, 1999; Neubern, 2001; Dutra, 2004; Feijoo, 2004; Cabral, 2010). A lógica da clínica, com seus diversos matizes, pode certamente incidir de modo marcante também em outras áreas da Psicologia. Podemos considerar mesmo que seria possível fazer clínica sem fazer consultório.

De acordo com Vasconcelos (2011, p.10), é possível verificar algumas tendências gerais nas alterações pelas quais vêm passando as práticas clínicas profissionais do psicólogo na realidade brasileira, conforme indicadas no Quadro 1, a partir de uma perspectiva que podemos considerar lógica e histórica conjuntural. Essa caracterização já permite começar a mapear alguns aspectos importantes para nossa análise paradigmática.

Quadro 1 – Tendências detectadas na prática profissional do psicólogo no Brasil

PRÁTICA CONVENCIONAL	PRÁTICAS EMERGENTES
1) Concepção sobre o fenômeno psicológico	
Centrado no plano individual (indivíduo a-histórico, isolado de seu contexto social)	Visto na interdependência com o contexto sociocultural
2) Fontes de conhecimento que embasam a prática	
Perspectiva unidisciplinar	Perspectiva interdisciplinar
3) Natureza da intervenção (I)	
Centrada na ação do psicólogo isoladamente	Atuação em equipes interprofissionais
4) Natureza da intervenção (II)	
Focada no indivíduo: 'intra-psi', caráter 'curativo', remediativo	Centrada em contextos, em grupos; ação preventiva, prospectiva
5) Nível da intervenção	
Restritiva ao plano de aplicação das técnicas (reduzido poder de intervenção)	Atuação no nível mais estratégico: maior poder decisório (assessoria, gerência, consultoria)
6) Recursos técnicos	
Restritos e originários basicamente no âmbito da própria Psicologia	Diversidade de recursos e instrumentos; pluralidade de 'técnicas' que podem extrapolar o campo da Psicologia
7) Clientela	
Predominantemente de classe média e com poder aquisitivo (crianças e adultos)	Mais diversificada: acesso a segmentos sociais excluídos; classes populares
8) Atitudes em relação aos conhecimentos, técnicas e práticas	
Consumista: aplicar aquilo que foi gerado em outros contextos	Crítica: preocupação em gerar conhecimentos e tecnologia apropriados à realidade em que atuam

Fonte: Vasconcelos (2011, p.10)

A partir da caracterização apresentada por Vasconcelos (2011), podemos considerar que há um conjunto de transformações em processo no campo da prática profissional do psicólogo no Brasil. Mas, para podermos entender tais fenômenos, consideramos que é preciso

investigar a dinâmica estrutural mais ampla que caracterizaria a área da clínica no campo *psi* na atualidade. Nossa intenção consiste em fazer uma análise paradigmática de tais processos.

Caracterização geral do paradigma disciplinar e do transdisciplinar

Com base em Santos (1988), podemos considerar que o paradigma disciplinar, também chamado de paradigma dominante, teria emergido ao longo dos séculos XVI e XIX. Ele poderia ser descrito pelos traços característicos: matematização da realidade e quantificação do conhecimento, excluindo os aspectos qualitativos; utilização da divisão e da classificação como método científico para reduzir a complexidade; primazia da racionalidade científica sobre outras formas de conhecimento; rejeição de todas as formas de dogmatismo de autoridade; afirmação de dualismos tais como ciência/senso comum, ser humano/natureza; busca de leis que expliquem o "como" do funcionamento das coisas (em detrimento do "quem" e do "para quê"); ao basear-se na formulação de leis, adota como pressuposto metateórico o determinismo mecanicista, a ideia de um mundo estável, ordenado e fora da história, sendo um dos pilares da ideia de progresso.

A adoção do "modelo mecanicista" pelas ciências sociais teria duas vertentes: a) como aplicação do mesmo modelo teórico das ciências naturais às sociais; e b) com o desenvolvimento de um modelo próprio, distinto das ciências naturais. A primeira vertente assume as ciências naturais como modelo universalmente válido, adota a ideia central do atraso (superável) das ciências sociais em relação às ciências naturais e entende que existem diferenças entre fenômenos naturais e sociais, que atuam contra as últimas, pois tornam o cumprimento do método mais difícil e o conhecimento a que se chega menos rigoroso. A segunda vertente considera que a ação humana é radicalmente subjetiva e, por isso, não pode ser descrita ou explicada a partir de características externas, objetiváveis, fazendo

com que as ciências sociais, enquanto ciências subjetivas, adotem métodos qualitativos. As duas vertentes pertencem ao paradigma da ciência moderna e suas características distintivas, tais como a distinção entre ser humano e natureza e a prioridade cognitiva das ciências naturais.

Esse paradigma moderno e disciplinar estaria passando por uma grave crise que seria pautada por um conjunto de críticas às leis da natureza, ao conceito de causalidade e aos limites da relação dicotômica sujeito-objeto e haveria também um período de transição paradigmática. Já o dito paradigma transdisciplinar, também chamado de emergente, teria as seguintes características, ainda de acordo com Santos (1988):

a) *Todo conhecimento científico-natural é científico-social.* No paradigma emergente, a distinção dicotômica entre ciências naturais e ciências sociais seria superada. Os avanços da Física e da Biologia põem em causa as distinções entre orgânico e inorgânico, seres vivos e matéria inerte e humano e não humano, e diferentes teorias teriam introduzido os conceitos de historicidade e de processo, de liberdade, de autodeterminação e até de consciência nas ciências naturais. Neste processo, as ciências sociais e as humanidades assumem o protagonismo. Haveria uma emergente inteligibilidade da natureza presidida por conceitos, teorias, metáforas e analogias próprias das ciências sociais, e seria notável a facilidade com que as teorias físico-naturais, uma vez formuladas no seu domínio específico, se aplicariam ou aspirariam a aplicar-se ao domínio social. Além disso, a ciência pós-moderna abraça a concepção humanística das ciências sociais, segundo a qual a ação humana é radicalmente subjetiva, necessitando, assim, de um método qualitativo para sua abordagem. Essa concepção de uma ciência outra problematiza a tradicional díade sujeito-objeto, prefere a compreensão do mundo à sua transformação, colocando a pessoa como centro do conhecimento, situando a natureza no centro da pessoa. A ciência pós-moderna, a partir das humanidades,

se constituirá a partir de analogias humanísticas como categorias de inteligibilidade universais, em que cada uma desvela uma ponta do mundo; e terá como categorias matriciais a analogia textual (filológica), a analogia lúdica, a analogia dramática e a analogia biográfica. Feita a transição, o mundo será natural e social ao mesmo tempo e será visto como um texto, como um jogo, como um palco ou ainda como uma autobiografia.

b) *Todo conhecimento é local e total.* A ciência moderna consiste num conhecimento parcial que avança por especialização e é mais rigoroso quanto mais delimitado é seu objeto e quanto mais arbitrariamente fragmenta a realidade; e é também disciplinar, pois constrói uma organização do saber orientada para policiar as fronteiras entre as disciplinas e reprimir os que as quiserem transpor. Desse caráter parcial e disciplinar decorrem problemas de todos os tipos, cuja solução é impossível no âmbito do paradigma da ciência moderna. A ciência pós-moderna, inversamente, será local, se constituirá a partir de temas importantes para os grupos sociais e seus projetos de vida; e será total, elegendo como horizonte a totalidade universal. Sendo total, será também local, pretende ser analógica e tradutora, incentivando o uso de conceitos e teorias em contextos para além do originário. A ciência pós-moderna incluirá formas de conhecimentos relativamente imetódicos, cultivará a pluralidade metodológica, promoverá a fusão de estilos, a interpenetração entre cânones de escrita, o uso de vários estilos segundo o critério e a imaginação pessoal e uma constelação de métodos para captar o silêncio que persiste entre cada língua que pergunta.

c) *Todo conhecimento é autoconhecimento*. A cisão sujeito-objeto sempre foi problemática nas ciências humanas e sociais. Tem sido inclusive questionada no âmbito das ciências naturais, nas quais o sujeito teria regressado sob a forma do objeto. Desvela-se que o sujeito sempre esteve envolvido no modo

como apreende um suposto "objeto". Alguns exemplos são encontrados em diversos campos tais como: na mecânica quântica, ao revelar que o ato do conhecimento e seu produto são inseparáveis; nos avanços da Microfísica, da Astrofísica e da Biologia; na verificação de que os avanços tecnológicos nos teriam separado da natureza, ao invés de nos integrar a ela, e que a exploração da natureza vem sendo utilizada também como instrumento de exploração dos seres humanos. Se considerarmos que a validade da ciência decorre de um juízo de valor, não há nenhuma razão científica para considerar a ciência melhor do que explicações alternativas da metafísica, da astrologia, da religião, da arte ou da poesia, todas compondo diversas modalidades de expressão humana. A ciência, natural ou social, seria necessariamente subjetiva e autobiográfica: o objeto seria a continuação do sujeito por outros meios, e a subjetividade do cientista, com seus pressupostos metafísicos, sistemas de crenças, juízos de valor, seria parte integrante de sua explicação da natureza ou da sociedade. Entende-se que a ciência não descobre coisas que estariam lá, rigorosamente, ela as cria, as produz, as inventa. Diferentemente da ciência moderna, a ciência pós-moderna assume-se como autobiográfica e autorreferenciável. Ademais, preocupa-se menos com sobreviver, e mais com saber viver; pretende ser uma outra forma de conhecimento, um conhecimento compreensivo e íntimo que une pessoalmente o trabalhador/pesquisador com o que ele investiga; não se pode estudar algo sem que se esteja implicado; inclui a incerteza e o inacabado como aspectos importantes da produção do conhecimento; postula que, mais do que controlado, o mundo deve ser contemplado; avalia o conhecimento menos pelo que controla e mais pela satisfação pessoal que gera em quem o acessa e compartilha; aproxima-se mais do estilo próprio das criações artísticas, porque subordina a transformação do real à contemplação do resultado.

O *paradigma disciplinar* que caracteriza a ciência moderna se configura por perspectivas teóricas, técnicas, políticas e éticas disciplinares que permitem, propõem e pretendem operar a partir dos princípios disciplinares clássicos: sujeito-objeto, doença-cura, normal-anormal, saber-poder, não saber-não poder, teoria-prática, pensar-fazer, planejadores-executores, teóricos-tarefeiros, trabalho alienado, conhecer para transformar, produção de conhecimento-aplicação técnica, formulação teórica-manual/cartilha, problema simples-solução pragmática. As teorias e as intromissões se pautam nas possibilidades da moralização, da psicologização, da pedagogização, da sociologização funcionalista e/ou sistêmica, da medicalização, da psicopatologização e da medicamentalização. Permitem que se possa conhecer sobre o outro, por ele, mas sem ele e ainda dizer que isso é para ele. Tais práticas autorizam a fazer para ele, que permanece no lugar de objeto.

O *paradigma transdisciplinar* que está em construção se configura por perspectivas teóricas, técnicas, políticas e éticas transdisciplinares que permitem, propõem e pretendem a superação dos princípios disciplinares clássicos, propondo-se a operar com outros princípios: sujeito-sujeito, cidadão-cidadão na ordem social e política democrática, processo social de saúde-adoecimento-atenção, posição subjetiva-ética-estética-política singular na existência, deslocamento da posição de saber-poder, suspensão da posição de mestria e colocação do outro no lugar do trabalho, práxis como ação pensada e teoria praticada, trabalho arte (não alienado ou estranhado), horizontalidade nas relações de trabalho, transformar conhecendo, produção de saber que é consumido no próprio ato de trabalho e produção de conhecimentos sobre a própria experiência de trabalhador intercessor, problemas complexos exigem abordagem complexas para seu eventual equacionamento. Sujeitos jamais podem ser tratados como objetos, pois sua condição de sujeitos inclui os planos da cidadania política, do inconsciente e do devir.

Trabalhamos com a hipótese de que tais transformações paradigmáticas em curso também incidem no plano da clínica *psi*, produzindo movimentos e efeitos diversos. Consideramos que um

paradigma reúne todo um conjunto de opiniões, valores, métodos e formas de fazer as coisas que são consensualmente compartilhados por uma sociedade, dando contorno a um sistema que permite que a sociedade se organize de uma dada forma característica, formatando o conjunto de suas relações. Um paradigma consiste num constructo teórico do trabalho do pensamento, que elabora uma síntese sobre o modo de funcionar da realidade.

Embora se possa supor que os paradigmas possam simplesmente conviver em conflitos mais ou menos intensos uns com os outros, do ponto de vista dialético, é preciso considerar que os paradigmas coexistem sempre na perspectiva da alternatividade dialética: um paradigma existe na medida em que nega e se opõe a um outro, e vice-versa. Eles aparecem juntos ao longo da história, se bem que um pode estar mais bem delineado que seu oposto, podem durar indefinidamente, podem ser superados por novos arranjos paradigmáticos, sendo elevados a um outro patamar, podem desaparecer por terem se tornado obsoletos, podem ainda se atualizar, renovar e persistir em sua duração, num contexto de luta paradigmática.

> Nós aprendemos dos campos da Saúde e da Saúde Mental Coletiva ainda outra concepção de paradigma: conjuntos articulados de valores e interesses que se estratificam, criam dispositivos (leves e pesados) e podem chegar à polarização. A polarização desses conjuntos de interesses e valores deixa indisfarçável sua função de peças no Processo de Estratégia de Hegemonia, ou seja, de blocos organizados de interesses e valores sociais específicos que se articulam em contradição dialética. Essa polarização pode chegar à configuração bem nítida de paradigmas contrários que se digladiam durante tempos indeterminados, até chegarem à substituição de um pelo outro; situação em que poderíamos visualizar um corte maior. (Costa-Rosa, 2013a, p.76)

Um paradigma pode ser dotado de uma teoria, de um objeto, de técnicas e metodologias de atuação científica e pragmática, de modos de organização das relações de trabalho, de determinada orientação

política e ideológica e também de efeitos éticos próprios. Uma leitura paradigmática[3] da realidade permite que possamos nos orientar num dado campo institucional específico. Por exemplo, na área da Psicologia, podemos falar num paradigma da Psicologia convencional e da clínica tradicional, de uma Psicologia Psicossocial e de uma clínica ampliada, de um campo transdisciplinar que inclui – enquanto ultrapassa e supera, subsumindo-o – o campo *psi*, articulando uma clínica do sujeito. Na área da Economia política, temos o Modo Capitalista de Produção (MCP) e o Modo Socialista de Produção (MSP). Na Educação[4], podemos falar em Pedagogia tradicional, Pedagogia renovada e Pedagogia dialética (Benelli, 2013). Na área da Assistência Social, podemos falar em paradigmas da caridade, da promoção humana, da filantropia, do clientelismo assistencialista do poder público, da política pública de Assistência Social como discurso oficial do Estado, do sujeito cidadão de direitos, sendo que a contradição dialética seria entre o paradigma filantrópico, que incluiria as figuras da caridade, da promoção humana e do clientelismo, e o paradigma do sujeito cidadão de direitos (Benelli, 2014a).

Tendo como panorama tais considerações paradigmáticas, passaremos a apresentar nossas análises sobre as figuras da clínica *psi*. Postulamos que é possível distinguir as diversas modalidades da Psicologia Clínica num certo arranjo paradigmático que pode proporcionar uma síntese útil e esclarecedora quanto ao modo como

---

3 Pontuamos que nossa leitura paradigmática se inspira na perspectiva de Costa-Rosa (2013a) e que falamos de paradigma incluindo a categoria fundamental de luta de classes. Essa é uma das grandes contribuições de Costa-Rosa com relação a Kuhn (2006, 2011), Paim e Almeida Filho (2000) e Santos (1988, 2009). Ele introduziu a perspectiva da luta de classes, declaradamente, na definição de paradigma, tendo caracterizado dois paradigmas que convivem em conflito por tempo indeterminado na área da Saúde Mental, de um lado o representante da classe social dominante (do MCP), que denominou de Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) e, do outro lado, o representante da classe social dominada (incluindo os trabalhadores e os demais integrantes da classe popular), chamado de Paradigma Psicossocial (PPS).

4 Sobre as diferenças paradigmáticas, políticas e éticas entre as pedagogias liberais e progressistas, ver Cotrim (1993) e Libaneo (1994); sobre a Pedagogia tradicional e suas figuras e a Pedagogia dialética, ver Saviani (1991, 1999).

está organizado o campo. Para tanto, tomamos como referência inicial algumas das análises de Vasconcelos (1986, 2011), que modificamos e adaptamos bastante, conforme nosso próprio entendimento do tema, a partir de uma ampla revisão da literatura e também por meio da nossa atuação como psicólogo, docente e pesquisador. Nosso esforço apresenta um caráter didático ao procurar estabelecer as características e diferenças entre os paradigmas e as modalidades clínicas que emergem a partir deles. Trata-se de uma análise que compreendemos que é útil, mas que também possui seus limites, pois na realidade da formação social predominam a complexidade, as superposições, os movimentos de avanços e retrocessos, processos múltiplos e concomitantes (Soar Filho, 1998; Kastrup, 2000; Silva; Carvalhaes, 2016).

Pretendemos distinguir as modalidades clínicas, pois consideramos que elas possuem características, objetivos, possibilidades e limites distintos, ora podendo apresentar certa continuidade entre si, mas também diferenças notáveis. Por hipótese, não produzem os mesmos efeitos e, nesse sentido, não seria indiferente adotar certa modalidade clínica ou outra.

Considerações sobre algumas submodalidades dos tipos de clínicas globais

O horizonte paradigmático mais amplo seria composto pelo paradigma disciplinar e pelo emergente paradigma transdisciplinar, com seus movimentos, avanços, recuos, suprassunção, superação, impasses e paradoxos. Eles fornecem o enquadre no qual localizamos quatro possíveis figuras da clínica que seriam mais globais, respectivamente: a Psicologia convencional com sua *clínica tradicional*, a Psicologia Psicossocial e sua *clínica ampliada*, a *clínica da diferença* e a *clínica da Atenção Psicossocial*. Haveria um conjunto de diferenças e submodalidades ou variações clínicas que ocorrem no âmbito de duas figuras ainda predominantes: no da Psicologia convencional com sua *clínica tradicional* e no da Psicologia Psicossocial e da

sua dita *clínica ampliada*. Trata-se de considerar a complexidade dinâmica da realidade, em seus processos, sobreposições, impasses e transformações.

Uma de nossas hipóteses é de que há diversas abordagens em Psicologia Clínica nas quais, embora se empregue o termo "psicossocial", dados seus vieses adaptativos e normalizadores, ainda permaneceriam, forçosa e rigorosamente, no âmbito da clínica tradicional. Em tais casos, as alterações teóricas, técnicas, políticas e éticas não chegariam a ser dialeticamente contrárias à estrutura da Psicologia convencional: as inovações propostas ainda poderiam ser consideradas mais do mesmo, apesar de tudo.

Há perspectivas clínicas dialéticas que já buscam escapar do plano da Psicologia Clínica tradicional e que se localizariam de fato no Paradigma da Psicologia Psicossocial e de sua clínica ampliada. Nossa exigência mínima para que uma modalidade clínica seja de fato e de direito considerada como psicossocial é que ela precisa ser pelo menos dialética.

Mas notamos que há ainda outras perspectivas clínicas que também podem ser localizadas no campo da clínica ampliada – já transitando para o campo transdisciplinar – que se fundamentam na Filosofia da diferença, sobretudo, com sustentação teórica, técnica, política e ética baseada no pensamento de Deleuze, Guattari e Foucault. Na literatura, aparece com nomes variados: clínica psicossocial, esquizoanálise, clínica crítica, clínica da diferença, clínica do cuidado. A perspectiva dialética, a esquizoanálise, a genealogia e a Filosofia da diferença permeiam o campo da Psicologia, produzindo efeitos subversivos os mais diversos. Foi procurando distinguir essas perspectivas que buscamos descrever como estaria organizado esse campo, na sua modalidade mais tradicional, bem como que tipos de clínicas se configuram ali.

É no campo transdisciplinar que situamos a clínica da Atenção Psicossocial, tal como postulada por Costa-Rosa (2000, 2011, 2013a). Para que tal clínica possa representar uma mudança radical na Clínica Psicológica e não apenas meras transformações técnicas localizadas e limitadas – que não podem superar a clínica tradicional –, é preciso

entendê-la como um processo social complexo, no qual devem ser realizadas simultânea e articuladamente transformações nos planos técnico-científico, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural, assim como proposto por Amarante (2003) e também por Costa-Rosa (2000, 2011, 2013a), num plano distinto.

Trata-se de duas modalidades de "categorias de análise" de estatuto teórico e epistemológico bem diferentes: análise histórica (conjuntural) no primeiro caso, e análise lógico-histórica (estrutural) no segundo. As *coordenadas lógicas e históricas conjunturais* incluem os seguintes parâmetros: a) teóricos, técnico-assistenciais; b) jurídico-políticos; c) socioculturais. Os *parâmetros lógicos e históricos estruturais* são os seguintes: a) concepções de "objeto" e dos "meios" de ação; b) concepções das formas de organização do dispositivo institucional – formas das relações intrainstitucionais; c) concepções das formas de relação instituição-território e população-instituição; d) concepções dos efeitos terapêuticos e seus desdobramentos éticos.

É com base nesses operadores que buscamos elaborar uma caracterização de como seriam os paradigmas presentes no campo da Psicologia Clínica na atualidade, de acordo com a literatura. Inicialmente, aplicamos as quatro categorias de análise histórica e conjuntural de Amarante (2003) para caracterizar o que seria a clínica tradicional, a clínica ampliada e a clínica do sujeito. Depois, num esforço analítico e dedutivo, utilizamos os parâmetros de Costa-Rosa (2000, 2011, 2013a), para configurar de modo mais detalhado a clínica da Atenção Psicossocial e a teoria psicanalítica lacaniana do sujeito do inconsciente que ela exige.

No paradigma transdisciplinar, a clínica da Atenção Psicossocial se organizaria, sobretudo, a partir de uma perspectiva clínica específica: trata-se da clínica da Psicanálise de Freud e Lacan, também denominada no campo psicanalítico de clínica do sujeito. Entendemos que a clínica da Atenção Psicossocial, abrindo outros campos de análise e de intercessão, poderia incluir e superar criticamente as importantes contribuições da Psicologia Psicossocial na vertente dialética e também da Filosofia da diferença, sendo que esta última já se encontra igualmente situada no campo transdisciplinar.

Distinguindo as características da Psicologia Clínica tradicional e da clínica psicossocial

O Quadro 2 – incluindo questões sintetizadas por Vasconcelos (1986), que reelaboramos, e outras novas formuladas por nós – apresenta uma caracterização da Psicologia convencional e de sua clínica tradicional e, ainda, os contornos de uma outra possibilidade de clínica que seria alternativa e contrária, no sentido dialético, procurando superar alguns limites do primeiro modelo, que pode ser denominada de Psicologia Psicossocial e sua clínica ampliada, que recebe aportes da Psicologia Social crítica (Bock; Gonçalves; Furtado, 2001; Guareschi, 2008; Jacques, 1998; Campos; Guareschi, 2009; Sawaia, 1999) e também da Psicologia comunitária (Campos, 1998), incluindo importantes avanços, com relação ao modelo anterior. Localizamos ambas no paradigma disciplinar, mas admitimos que a Psicologia Psicossocial e a clínica ampliada já se orientam para a transição paradigmática, e estariam se alinhando em direção ao paradigma transdisciplinar, dada a potência do materialismo histórico e do método dialético que estão na sua base constitucional.

O Quadro 2 não pode dar a dimensão do movimento, mas, para sermos justos, é preciso considerar que a clínica ampliada já se encontra a meio caminho, podendo ser localizada ainda na própria transição, faltando um passo fundamental rumo ao paradigma transdisciplinar. Suas características revelam claramente que seria muito mais plausível ampliar a clínica até considerar a inclusão do sujeito do inconsciente quando já se tem ampliado os dispositivos e a compreensão da clínica ao ponto de tomar o indivíduo como intrinsecamente situado no plano histórico, social e político: sujeito suposto cidadão na ordem da política.

Nossa opção por denominar a clínica da Psicologia Psicossocial de *ampliada* merece alguma explicação. Ao nomearmos a Psicologia como "Psicossocial" já estamos considerando que algumas importantes modificações estariam ocorrendo no campo disciplinar da Psicologia. Ele começou a ser desterritorializado pelo pensamento

Quadro 2 – Caracterizando a Psicologia Clínica tradicional e a clínica psicossocial

Paradigma disciplinar	
Psicologia convencional Clínica tradicional	**Psicologia Psicossocial Clínica ampliada**
1) Suas abordagens enfatizam o enfoque do psicológico como esfera predominantemente independente do plano social global e a perspectiva de análise é essencialmente unidisciplinar, uniparadigmática, e o trabalho, predominantemente uniprofissional.	1) A realidade psicológica é considerada complexa, integrando aspectos sociais, psíquicos e biológicos; abordagem interdisciplinar e interparadigmática; trabalho em equipes interprofissionais horizontalizadas.
2) Enfatiza uma abordagem individual dos fenômenos psicológicos humanos, considerando a singularidade particular das pessoas e dos indivíduos e de sua personalidade, muitas vezes restringindo-se ao plano do ego racional, emocional e afetivo.	2) Embora leve em conta a singularidade de cada pessoa, a ênfase é nos processos grupais e coletivos, pois o conteúdo psíquico também possui conotações sociais, institucionais, culturais e políticas individuais e coletivas.
3) Abordagem funcionalista e sistêmica, geralmente desarticulada de uma visão social mais ampla, que se pretende neutra e objetiva com relação às questões éticas e políticas do contexto social.	3) Abordagem dialética e crítica, articulada a uma visão histórica e social mais ampla com a explicitação de compromisso ético-político claro pelas classes populares empobrecidas.
4) A prática clínica desenvolvida é dirigida prioritariamente para grupos sociais mais privilegiados, tanto do ponto de vista econômico quanto cultural, e caracteriza-se pelo consumo privado de psicoterapia para quem pode pagar por tais serviços.	4) A prioridade fundamental são as classes populares, ainda sem acesso a serviços básicos de saúde mental, lutando pela criação de estabelecimentos públicos de atendimento. Situa-se no campo das políticas públicas, com base no discurso e prática dos direitos sociais e na responsabilização do Estado.
5) Formação profissional predominantemente teórica, intramuros e com poucos vínculos com a prática. Trata-se de aprender conhecimentos prontos, conforme a preferência do psicólogo, para depois aplicá-los na prática profissional clínica do consultório privado que, em certos casos, comumente seria transposta para a prática nas instituições/estabelecimentos públicos.	5) Formação necessariamente articula ensino, pesquisa e extensão, com forte relação teoria/prática; com atividades de intervenção realizadas prioritariamente nos estabelecimentos de atenção localizados nos locais de vida e trabalho da população.

Paradigma disciplinar	
Psicologia convencional Clínica tradicional	**Psicologia Psicossocial Clínica ampliada**
6) Técnicas e atividades profissionais predominantemente terapêuticas e curativas desenvolvidas no *setting* clínico.	6) Integração de recursos curativos e preventivos, com ênfase na prevenção e na promoção política da qualidade de vida. Implementa práticas coletivas formativas e educativas em Saúde.
7) Teorização e atividades dirigidas principalmente para consultórios e serviços privados rentáveis; baixa acessibilidade financeira e geográfica, com concentração em áreas nobres das cidades e focalizada em grupos sociais privilegiados econômica e culturalmente.	7) A prioridade básica são as classes populares e os estabelecimentos públicos e gratuitos, descentralização em locais de trabalho e moradia da população, com máximo de acessibilidade geográfica e adequação às características sociais e culturais da população.
8) Prática terapêutica profissional altamente especializada com base em competências parciais e na competição profissional; clientela se adapta à divisão técnica do trabalho, sendo referenciada a distintos serviços não integrados; tendência à desresponsabilização e a lacunas na assistência integral à clientela.	8) Profissionais e práticas mais generalistas e flexíveis, apropriadas à complexidade e variabilidade das situações; a pesquisa e a sistematização buscam desenvolver práticas inovadoras e/ou alternativas; com ênfase na responsabilidade pelo cuidado integral da clientela, com referência, encaminhamentos e contra referência institucionais.
9) Práticas terapêuticas sofisticadas exigem formação longa, demorada, de alto custo, que é repassada aos serviços, com elitização social: psicoterapia individual e (muito raramente) grupal, com interpretação explicativa, orientação diretiva, persuasão, conversação terapêutica.	9) Pesquisa e sistematização de práticas simplificadas, apropriadas às condições sociais e culturais populares; extensão da cobertura com qualidade: acolhimento, orientações, informação, atendimentos grupais, oficinas, grupos, dinâmica de grupos, rodas de conversa.
10) Práticas terapêuticas que exigem presença e dependência do profissional; lugar do poder centrado nele e na manutenção do monopólio do seu saber profissional especializado. Saber implica poder de intromissão e/ou intervenção moralizadora e normalizadora.	10) Há provisão direta de atenção nos estabelecimentos assistenciais, com forte ênfase também no agenciamento de recursos, assessoria e capacitação de agentes locais; busca de democratização do conhecimento e do empoderamento dos usuários; intersetorialidade.
11) Abordagem terapêutica especializada que não interage nem se articula com o conhecimento difuso e com práticas informais populares.	11) Reconhecimento, diálogo e articulação inclusiva com os saberes e as práticas autônomas de cuidados populares em Saúde.

Paradigma disciplinar	
Psicologia convencional Clínica tradicional	**Psicologia Psicossocial Clínica ampliada**
12) Práticas terapêuticas planejadas e executadas pelo profissional sem participação da clientela. Paciente, cliente, sujeito suposto objeto. O protagonista é o profissional técnico enquanto especialista dotado de saber/poder capaz de pensar/fazer: ele analisa, interpreta, orienta, educa.	12) Efetiva participação protagonista dos usuários na definição de prioridades, planejamento, execução e avaliação da atenção e dos estabelecimentos assistenciais, na formação dos profissionais. Controle social por meio de conselhos de política social. Sujeito suposto cidadão de direitos no plano da política.
13) Ação terapêutica é produzida de modo exclusivo pelo trabalho especializado e estritamente profissional nas áreas tradicionais dos consultórios privados, da escola e da empresa. Predominância exclusiva da dimensão curativa focada no indivíduo doente.	13) Ação ampliada preventiva, promocional e curativa, envolvendo: a) intervenção direta especializada, atendimento clínico junto à clientela nos estabelecimentos assistenciais; b) ação direta especializada junto à clientela nas casas e em espaços comunitários abertos por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF); c) ação difusa em projetos sociais e intersetoriais mais amplos, com a população e outras agências; d) capacitação de agentes comunitários e técnicos em projetos especializados e intersetoriais; e) pesquisa, planejamento e gestão de programas sociais, de educação, saúde e saúde mental; e) trabalho social em rede intersetorial.
14) O norte ético dessas práticas e discursos está alinhado com a perspectiva científica hegemônica, que seria essencialista, privatista, intimizante, familiarista, objetificadora, autoritária e interventora, produzindo efeitos de adaptação e normalização social: busca-se o bem-estar, o sucesso e a realização pessoal no contexto da sociedade capitalista.	14) Clínica e política se fundem e, partindo dos planos técnico-científico, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural, o norte ético dessas práticas e discursos está alinhado com o tema dos direitos humanos e busca-se a produção da cidadania para todos, inclusive criando novos direitos, na busca de superar a sociedade capitalista.

Fonte: construído e adaptado a partir de Vasconcelos (1986)

marxista e também pelo psicanalítico[5], tendo seus limites expostos, questionados e problematizados, exigindo uma expansão do campo, que precisou abrir-se para incluir a complexidade representada pela história, pela política, pela economia e pela própria realidade brasileira[6]. A complexidade social, ao ser incluída na Psicologia, modificou e transformou-a em direção à sua ampliação. A própria clínica precisou ser ampliada, para incluir outros planos, problemas, aspectos e questões que não cabiam na Psicologia convencional e na sua clínica tradicional, centrada na figura do indivíduo e de sua personalidade enquanto interioridade psicológica, com destaque para a dimensão racional e emocional. Podemos afirmar que a ampliação da clínica foi produzida pela emergência da concepção do sujeito cidadão de direitos que exigiu importantes remanejamentos no campo da Psicologia[7].

Nossa análise das transformações que aconteceram no campo da Psicologia enquanto ciência e profissão não desconhecem nem

---

5 Podemos distinguir no complexo campo da Psicanálise, pelo menos quatro modalidades diversas: Freud e seus seguidores (Roudinesco; Plon, 1998, p.272-281), Melanie Klein e os membros de sua escola (ibidem, p.430-435), a Psicologia do Eu, de tradição norte-americana (ibidem, p.169-171; Zimerman, 2008; Fenichel, 2005; Baratto; Aguiar, 2007) e a de Lacan e seus continuadores (Roudinesco; Plon, 1998, p.445-453). A Psicologia convencional e sua clínica tradicional seriam influenciadas pelas três primeiras modalidades, sobretudo, pela Psicologia do Eu, de tradição norte-americana. Daí decorreriam suas características predominantemente individuais, curativas, adaptativas e normalizadoras. Já a Psicanálise de Lacan, ao postular o sujeito do inconsciente, descentra a Psicologia do plano da personalidade egóica e racional (Althusser, 1984), afirmando a primazia da dimensão inconsciente, possibilitando a subversão da Psicologia enquanto ciência disciplinar.

6 Diversos autores discutem sobre o tema de uma suposta "crise" na Psicologia Clínica, tais como, por exemplo: Neubern (2001), Dutra (2004), Braga (2005), Portela (2008), Cabral (2010), Rosas (2010), Justo, Sanches, Rozendo (2012). Eles raramente demonstram possuir alguma clareza paradigmática em suas análises.

7 A perspectiva biopolítica de Foucault (2002a, 2008a, 2008b) permite considerar que, num outro plano de análise suplementar, essas importantes transformações do campo da Psicologia como saber/poder/fazer profissional, que aparentemente se movimentam em direção a uma suposta superação de suas dimensões mais grosseiramente disciplinares, podem estar se orientando no

ignoram os processos históricos e sociais, políticos e econômicos que marcam essa área de saber/fazer na realidade brasileira. Há diversos autores que estudaram e produziram caracterizações pertinentes sobre o assunto, tais como: Coimbra (1995), Dimenstein (2000), Lane e Codo (2001), Pereira (2001), Yamamoto (2003, 2007, 2012), Bock (2009), Oliveira e Amorim (2012), Paiva e Yamamoto (2010), Yamamoto e Oliveira (2010), Macedo e Dimenstein (2011) e Cordeiro (2013). Eles destacam, sobretudo, os impactos das transformações econômicas no processo de proletarização dos trabalhadores *psi*, fato que os levou a incursionarem pelas áreas da Saúde (Nascimento et al., 2004; Benevides, 2005; Ferreira Neto, 2011; Barros; Pimentel (2012); Teixeira, 2014; Polejack et al., 2015), da Saúde Mental e depois pela Assistência Social (Souza, 2015; Dettmann; Aragão; Margotto, 2016), campos institucionais que foram incluídos na rubrica das políticas públicas sociais (Conselho Federal de Psicologia, 2001, 2003a, 2005, 2007b; Zanerato, 2007; Oliveira, 2009; Silveira et al., 2007; Furlan; Pelissari, 2013) a partir da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988).

O termo "clínica ampliada" é corrente na área da Saúde, como podemos verificar em Cunha (2005), Passos e Benevides (2006a, 2006b), Brasil (2009, 2013), Cambuy (2010), Delziovo, Pedebôs e Moretti-Pires (2012). Os autores buscam problematizar a clínica médica tradicional, centrada na doença e na sua cura, propondo estratégias de construção e transformação da clínica nos planos teórico, educacional, cultural e político-gerencial, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Verificamos que esse termo também vem sendo bastante utilizado na área da Psicologia para designar formas de atuação profissional clínica desenvolvidas nas áreas das políticas públicas, tal como se pode verificar em Paulon (2004), Costa e Brandão (2005), Abdalla, Batista e Batista (2008), Murta e Marinho

sentido das estratégias de incitação e de modulação dos comportamentos da população em meio aberto, características da sociedade de segurança, implementando práticas sociais de gestão e de administração que visam à regulação dos riscos e das vulnerabilidades sociais.

(2009), Moreira e Guerra (2010), Oberg e Vilhena (2011), Mencarelli e Aiello-Vaisberg (2012), Barros (2014), Revista Psicologia Clínica (2015), Dettmann, Aragão e Margotto (2016).

Há igualmente uma interessante bibliografia sobre a interface da Psicologia com a questão dos direitos humanos. Análises que apresentam a emergência de grupos, movimentos e processos da Psicologia comprometidos com a garantia de direitos no contexto histórico brasileiro podem ser encontradas nos trabalhos de Conselho Federal de Psicologia (1998, 2003b, 2010, 2011), Coimbra (2001), Rauter, Passos e Benevides (2002), Coimbra e Leitão (2003), Coimbra, Lobo e Nascimento (2008), Fonseca et al. (2008), Bicalho et al. (2009), Rosato (2011), Rodrigues e Cruz (2013), Maia (2014), Furlan (2017), Gonçalves et al. (2017), Miron e Guareschi (2017). Há ainda autores que discutem o entrelaçamento da clínica com os direitos humanos, tais como Carmona (2006) e Farias (2006).

A Psicologia convencional, suas intervenções psicossociais clínicas normalizadoras e seus matizes morais, curativos e educativos

A imersão na práxis e na literatura sobre a Psicologia Clínica permitiu que alguns problemas fossem se destacando durante a leitura e o trabalho de reflexão. Um conjunto de perguntas diz respeito aos possíveis matizes morais, pedagógicos e terapêuticos que poderiam ser considerados típicos de certa Psicologia Clínica, o que parece bastante problemático e, inclusive, enigmático, exigindo estudos e análises. Vamos explicitar cada um desses matizes e apresentar discussões que nos permitem esboçar alguns equacionamentos para o problema.

Consideramos que sobre a personalidade se pode intervir de muitas formas, sejam elas de matiz mais moralizante, pedagógico ou psicologizante (Roudinesco, 1989[8]; Silva; Méllo, 2011). E, se é

8 "Para o vienense, o método analítico dependia tão pouco da terapêutica médica quanto de uma '*Seelsorge*' ou orientação das almas. O psicanalista não era nem

verdade – embora não seja evidente – que todo e qualquer psicólogo clínico trabalharia com a palavra e com a fala, ouvindo e dialogando com seu paciente/cliente, não é evidente que todos considerem, com a devida clareza teórico-técnica, que a escuta do plano do discurso do sujeito do inconsciente (simbólico) – para além do plano do imaginário, às voltas com as injunções do real –, portanto, também comporiam o campo de intercessão próprio do psicólogo[9].

Aguiar (2001), ao discutir sobre o método clínico, localiza-o no contexto histórico da Psicologia Clínica francesa[10] e examina suas

---

um médico que trata, nem um pastor que aconselha, nem um pedagogo que orienta. Freud demonstrou a Pfister que não se podia conciliar a religião com a ciência, nem a prática do inconsciente com as ilusões de uma pedagogia diretiva" (Roudinesco, 1989, p.144). As relações complexas entre Psicanálise e Pedagogia têm sido tema de investigação de diversos autores: Millot (1987), Kupfer (1989), Magno (1993), Associação Psicanalítica de Porto Alegre (1999), Cifali e Imbert (1999), De Lajonquière (1999).

9 Certamente, para nós, se trata de um psicólogo avisado e precavido pela Psicanálise do campo de Freud e Lacan que considera os planos do real, do simbólico e do imaginário enquanto componentes fundamentais dos processos de subjetivação. Isso poderia consistir, inclusive, na singularidade da contribuição do psicólogo no campo das políticas públicas sociais de Saúde, Educação, Assistência Social, entre outras.

10 Roudinesco (1988) relata a história de Daniel Lagache e do seu projeto de construir uma Psicologia Clínica que unificasse a Psicologia e a Psicanálise, no contexto universitário francês. Ela informa que "[...] o termo 'psicologia clínica' é utilizado uma única vez por Freud numa carta a Fliess de 30 de janeiro de 1899: 'Agora', escreve ele, 'a ligação com a psicologia, tal como se apresenta nos *Estudos* [sobre a histeria], sai do caos. Percebo as relações com o conflito, com a vida, tudo o que eu gostaria de chamar de psicologia clínica'. Se o método psicanalítico se assenta numa clínica, esta renuncia à observação direta do doente e interpreta os sintomas em função de uma escuta da fala inconsciente. Em comparação com a via aberta pela *Traundeutung,* nenhuma 'psicologia clínica' pode se sustentar. Freud não conceitua esse termo, que não existe em sua doutrina. Apesar disso, o campo se constitui sem ele, sob o nome de 'clínica psicológica'" (p.238). Roudinesco também explica que o projeto de Lagache fracassou: "Em dezembro de 1956, Georges Canguilhem profere no Colégio de Filosofia uma conferência admirável sobre a psicologia, que será reproduzida dez anos depois nos *Cahiers pour l'Analyse.* Ao mesmo tempo que presta homenagem a seu amigo Lagache, torpedeia o conjunto de sua construção, e assim abre o caminho, para os futuros jovens lacanianos, para a possibilidade de um combate

relações com a Psicanálise. Afirma que na Psicologia Clínica mundial predominam os procedimentos experimentais e também uma tendência ao ecletismo metodológico. E, iluminando aquilo que para nós era também uma certa impressão, deduzida a partir da bibliografia sobre a Psicologia Clínica, considera que

> No Dicionário, Roudinesco e Plon (1997) definem a psicologia clínica como prática terapêutica fundada na entrevista direta e no exame de caso a partir da observação das condutas individuais (*science du sens intime*). A definição assenta-se no ideário lagachiano: por psicologia clínica (francesa, sem dúvida) deve-se entender o estudo dos casos individuais, cujo método repousa sobre os três postulados referidos acima: a dinâmica, a totalidade, a gênese. Desses três postulados derivam os fins práticos: o psicólogo clínico *cura* doentes, *educa* crianças, *aconselha* adultos e, acrescenta, *reclassifica* inadaptados. (Aguiar, 2001, p.612)

Sua síntese é algo surpreendente: a Psicologia Clínica teria como finalidade prática curar, educar, aconselhar e reclassificar os indivíduos. Portanto, a Psicologia Clínica teria "quatro alvos: o diagnóstico, o conselho, o tratamento e a educação" (ibidem, p.612). Contudo, isso não soa estranho, quando consideramos que Foucault (1999c, p.250) afirma que o poder disciplinar se caracteriza por vigiar e punir, curar, educar e tratar: "[...] em sua função, esse poder de punir não é essencialmente diferente do de curar ou educar".

---

antipsicológico que reduzirá a um nada teórico a empreitada lagachiana. Canguilhem chama a psicologia de filosofia sem rigor, ética sem exigência e medicina sem controle. Termina por esta frase soberba, que se tornará célebre: 'É muito vulgarmente, portanto, que a filosofia formula à psicologia a pergunta: dize-me para que tendes para que eu saiba quem és. Mas o filósofo pode também dirigir-se ao psicólogo sob a forma – uma vez só não chega a ser hábito – de uma orientação, e dizer: quando se sai da Sorbonne pela rua Saint-Jacques, pode-se subir ou descer; subindo, chega-se ao Panthéon, que é o Conservatório de alguns grandes homens, mas, descendo, vai-se certamente em direção à chefatura de polícia'" (p.240-241).

Pensamos que isso pode se aplicar de modo particular à Psicologia convencional e à sua clínica tradicional.

De acordo com parte da literatura compulsada, podemos considerar que a Psicologia convencional e sua clínica tradicional se baseariam em um discurso moral, ainda que de modo disfarçado e/ou sofisticado por uma terminologia com pretensões científicas. Podemos nos perguntar se o psicólogo clínico, nesse caso, estaria se ocupando com a questão dos "vícios"[11] e seu corolário, a vontade fraca dos indivíduos/pacientes. O psicólogo/psicoterapeuta seria, então um moralista, um moralizador? Essa pode ser mesmo uma questão (aparentemente) esdrúxula e extemporânea. Talvez, se um dia, no passado, a Psicologia Clínica tenha sido baseada na moral, isso faria parte de sua pré-história não científica, se poderia argumentar. Mas quando se afirma que os objetivos da Psicologia consistem em produzir adaptação e ajustamento social, não é disso, ainda, que se trata? De acordo com Foucault (idem, p.184), as disciplinas "são um feixe de técnicas físico-políticas", mas "nos obstinamos a fazê-las passar pela forma humilde mas concreta de qualquer moral". Segundo ele

11 Sobre uma história da positividade do "vício", ver Giddens (1993). É possível tornar-se viciado em diversas coisas: comida, sexo, pornografia, celular, trabalho, drogas lícitas e ilícitas, consumo, jogo etc. Um vício "pode ser definido como um hábito padronizado compulsivamente engajado, cuja retirada gera uma ansiedade insuportável para o indivíduo. Os vícios proporcionam uma fonte de conforto para o indivíduo, atenuando a ansiedade, mas essa experiência é sempre mais ou menos transitória. Todos os vícios são essencialmente narcotizantes, mas o efeito químico, se existir algum, não é um elemento essencial à experiência do vício" (ibidem, p.84). De acordo com o autor, algumas das características principais do vício seriam as seguintes: êxtase, dependência, desligamento da realidade, apagamento momentâneo do "eu" – o ditado popular afirma que "o ego é solúvel em álcool" –; ele gera sentimentos de remorso e de vergonha por ter perdido a consciência egóica. A experiência do viciado é altamente valorizada por ele, que poderia afirmar: "se você soubesse o que eu experimento, também ia querer"; a autodisciplina frágil pode levar a experiências de excesso, tanto de liberação – gula, por exemplo –, ou de contenção, como no caso da anorexia.

> Existe na justiça moderna e entre aqueles que a distribuem uma vergonha de punir, que nem sempre exclui o zelo; ela aumenta constantemente: sobre esta chaga pululam os psicólogos e o pequeno funcionário da ortopedia moral. (ibidem, p.13)

Se, nessa perspectiva o psicólogo é um moralista, o que ele faz quando atua como psicólogo? Ele poderia discursar, conversar, orientar, sugerir, aconselhar, indicar possibilidades, propor-se como modelo de maturidade, de desenvolvimento e de equilíbrio humano. Tudo isso pode parecer senso comum, mas por que não o dizer e articulá-lo franca e claramente? Pode ser que se argumente que um psicólogo assim não é um profissional, está mais para um confessor, um diretor de consciência, um diretor espiritual, que são funções tipicamente realizadas por padres, pastores e outros líderes religiosos (Costa-Rosa, 2008). Parece que o psicólogo moralista quereria reformar moralmente os indivíduos, desejaria fazer deles "pessoas melhores", bons filhos, bons alunos, bons pais e mães, ou como também se diz: "cidadãos e pessoas de bem", "indivíduos úteis para a sociedade". Talvez sua pretensão consistiria em buscar reformar o caráter, converter a má índole, corrigir o comportamento errado, suprimir "vícios" tais como a ociosidade, a preguiça, a vagabundagem, emendar a conduta desviante e delinquente, sendo que tudo isso não estaria longe do desejo homólogo de curar os moralmente doentes e de converter os pecadores. Vício, ócio, preguiça, delinquência, roubo, crime, a série flui automaticamente (Foucault, 1999c).

A partir do material lido, também nos perguntamos: seria a Psicologia Clínica, sobretudo, uma terapêutica curativa (Parker, 2017), a partir do modelo da clínica médica da doença? O psicólogo clínico seria um cuidador que se ocuparia com a oferta de tratamento psicológico para pessoas que apresentam sintomas e sofrimento psíquico? Como atuaria o psicólogo terapeuta que visaria à cura dos sintomas, no sentido da sua redução, amenização ou supressão, de modo a que o indivíduo pudesse retornar ao seu modo de vida anterior à doença? Partindo de objetivos curativos, parece que ele ofereceria atendimento clínico individual e/ou grupal para indivíduos, procurando

ouvi-los em sessões de terapia ou de psicoterapia. Curar significaria produzir modificações na conduta, no comportamento, na cognição, na personalidade, no modo de ser do outro, na direção de padrões ideais socialmente estabelecidos, também chamados de "normalidade". Existem numerosas linhas, correntes e escolas de Psicologia que subsidiam as escolhas de orientação clínica dos psicólogos (Fiorini, 2004; Zimerman, 2008; Carpigiani, 2011). Aqui temos que incluir também a "psicologia psicanalítica do ego" (Baratto; Aguiar, 2007), perspectiva que parece exercer uma forte influência na clínica psicológica em geral, ainda que, em muitos casos, de modo inadvertido pela segunda, mas nem por isso com menor eficácia. Os psicólogos clínicos podem realizar trabalhos de atendimento diagnóstico fenomenológicos/nosográficos nos quais realizam anamneses, aplicam testes psicológicos diversos, elaboram laudos e realizam entrevistas devolutivas, com orientações e encaminhamentos, indicando, muitas vezes, que o indivíduo atendido faça psicoterapia, conforme as supostas necessidades e problemas detectados.

No paradigma da Psicologia convencional, as denominadas *intervenções psicossociais*[12], buscando formas supostamente inovadoras de superar a clínica tradicional, a partir das mais diferentes demandas sociais, incidiriam sobre as denominadas "situações de vulnerabilidade social e risco pessoal" (Benelli, 2016a, 2016b), as quais são consideradas enquanto fenômenos individuais e/ou grupais, mas ainda não incluindo o plano da estrutura social global, nacional e/ou local, nem o papel e responsabilidade do Estado na (re)produção destas situações, no contexto mais amplo do MCP. As ações efetuadas tendem a ser pontuais e conjunturais, tendo como objetivo resolver o problema aparente, e não se busca interferir sobre os reais determinantes estruturais do fenômeno.

---

12 Outras análises sobre as intervenções psicossociais, matizando algumas diferenças importantes nesse amplo conjunto de práticas *psi* pedagógico/terapêuticas foram apresentadas no Ensaio 4, intitulado "Problematizando as práticas em Psicologia Clínica: os dispositivos intromissor, interventor, cartográfico e intercessor", neste livro.

Quando os psicólogos atuam, por exemplo, na área da Assistência Social, buscando promover intervenções psicossociais, parecem se basear muito no plano técnico, superestimando suas possibilidades, em detrimento do plano da política, que tende a ser tacitamente ignorado. O usuário é visto como passivo, carente, despossuído, a quem se oferecem diversos suplementos, tanto materiais e financeiros, quanto afetivos e imaginários. Nos estabelecimentos institucionais, as equipes se organizam de modo hierarquizado, o que se repete na relação entre os trabalhadores e o público atendido. É comum que as intervenções das equipes se apresentem como uma resposta padronizada *a priori* para os problemas detectados. Podemos considerar que os efeitos éticos de suas práticas são predominantemente adaptativos e normalizadores, produzindo assujeitamento e alienação sociopolítica.

Outros textos nos levaram à pergunta: seria a Psicologia Clínica uma pedagogia, um processo educativo do indivíduo racional, uma "psicoeducação"? O psicólogo clínico seria um educador/orientador? Em que consistiria o trabalho desse psicólogo educador? "Educar" é um termo que pode ter alguns sentidos diversos. Numa perspectiva inatista, pode significar extrair do indivíduo suas virtualidades próprias e inatas, de modo que o educador promoveria o desabrochar de suas qualidades naturais já dadas *a priori*, estimulando a atualização de suas possibilidades, capacidades e habilidades que estariam presentes e adormecidas em sua interioridade. Educar o outro consistiria em possibilitar que ele pudesse expressar sua essência autêntica e pessoal. De acordo com um viés empirista mais liberal, também pode indicar o processo de instruir o outro, por meio da transmissão de conhecimentos e de informações que ele desconhece e ignora, podendo assim ilustrar e iluminar sua consciência por meio do acesso ao acervo científico e cultural produzido coletiva e historicamente. O "a-luno" seria, por definição, o "sem-luz" e, nesse caso, o professor/educador representaria o farol da ciência, do conhecimento e da verdade, mediando-os para o aluno. O psicólogo educador quer aconselhar, informar, orientar, ensinar, dizendo ao outro o que ele deve fazer para fazer certo, quer persuadir o outro

quanto ao modo correto de fazer as coisas. O conhecimento certo e a informação correta teriam o poder de semear a retidão da conduta e do comportamento. Os erros que as pessoas cometem seriam apenas frutos de sua ignorância e desconhecimento do modo certo de agir. Supõe-se que o fornecimento de meios de representação produziria uma razão esclarecida e informada, bem orientada, e que, quando suficientemente dócil, estaria livre de maiores problemas, promovendo a integração e a ampliação da autonomia pessoal no contexto social.

Quanto à clínica tradicional, encontramos os seguintes trabalhos na literatura: Alves (2002), Cecconello (2003), M. N. Machado (2004), Hutz (2005), Zamberlan (2005), Marmelsztejn (2006), Costa e Pereira (2007), Guimarães (2007), A. P. S. Campos (2008), Maranhão (2009), Morais (2009), Murta e Marinho (2009), Cambuy (2010), Neubern (2010), Quayle (2010), Aguiar (2011), Ramos (2011), Sakamoto (2011), Miranda e Freire (2012), Silva; Souza; Scorsolini-Comin (2012) e Silveira (2014). Trata-se de um conjunto da literatura composto por artigos, teses, dissertações e livros que procuram ampliar as práticas clínicas em contextos institucionais diversos, sobretudo buscando oferecer variadas formas de atendimento clínico para adultos, crianças e adolescentes pobres. Tais autores se pautam em diversas teorias do campo psicológico: Psicologia humanista, fenomenológica, behaviorista, sendo que nenhum deles inclui minimamente uma perspectiva dialética crítica e sua atenção é focalizada apenas em indivíduos, muitas vezes também reunidos e manejados em grupos. A família costuma ser o plano "social" mais amplo que buscam atingir.

Moral, pedagogia e terapia curativa podem ser consideradas estratégias disciplinares e normalizadoras (Foucault, 1999c) que realmente não parecem contemplar as demandas subjetivas específicas do sujeito que é suportado pelo indivíduo. Um psicólogo que opera a partir dessas possibilidades, mesmo que o ignore, estaria buscando governar, educar e curar os indivíduos, desconhecendo os três impossíveis freudianos:

> Quase parece como se a análise fosse a terceira daquelas profissões 'impossíveis' quanto às quais de antemão se pode estar seguro de chegar a resultados insatisfatórios. As outras duas, conhecidas há muito tempo, são a educação e o governo. (Freud, 1975, p.282)

Entendemos que o objeto próprio da clínica tradicional fica circunscrito ao plano do ego consciente, racional e volitivo, podendo ser denominado de vários modos ao longo da história da Psicologia: de caráter – numa acepção mais antiga –, de conduta, de comportamento, de identidade e de personalidade, inclusive de subjetividade, mas como mero sinônimo dos termos anteriores. Desde logo, não parece verossímil designar o objeto da clínica tradicional como sendo o inconsciente ou a "realidade psíquica" na acepção singular que possui na Psicanálise do campo de Freud e Lacan, embora reconheçamos que certamente ela possa incluir outras psicanálises, sofrendo seus efeitos.

O materialismo histórico e a crítica à Psicologia tradicional

Figueiredo (1991, 2007) e Figueiredo e Santi (2002), procuram problematizar o tema da subjetividade na área da Psicologia como campo científico e profissão, estudando as condições históricas que produziram a emergência de um "sujeito psicológico" e do correspondente discurso psicológico na modernidade. Eles demonstram e problematizam o surgimento do que denominam como sendo a experiência de uma "subjetividade privatizada" – enquanto interioridade psicológica – no advento da moderna sociedade capitalista.

González-Rey (2003, 2004) e Furtado e González-Rey (2002), partindo da escola soviética de Psicologia criada por L. S. Vygotsky e por L. S. Rubinstein – que, por sua vez, se fundamentaram no marxismo como ponto de partida para a construção de uma Psicologia científica dialética – propõem as bases para o desenvolvimento de uma teoria da subjetividade na perspectiva denominada então de

histórico-cultural. Ainda com base na perspectiva do materialismo histórico como fundamentação para apreender o "psíquico" como objeto da Psicologia, buscando superar algumas das aporias típicas do campo *psi*, tais como a objetividade *versus* a dimensão subjetiva, o social e o individual etc., temos os trabalhos de F. G. Castro (2009) e Alves (2010). Alinhados com a perspectiva sócio-histórica de base marxista encontramos ainda os trabalhos de Bock, Gonçalves e Furtado (2001), Molon (2003), Bock e Gonçalves (2009) e Gonçalves (2010) para os quais a subjetividade humana – centrada nos conceitos de consciência e historicidade – seria o resultado de um processo de síntese dialética, para o qual concorreriam tanto as condições objetivas, relativas às bases econômicas e sociais da realidade, quanto as subjetivas e individuais da existência.

Há uma forte tradição na Psicologia Social crítica de oposição quanto às formulações essencialistas da subjetividade. A Psicologia convencional tende a conceber o ser humano como um indivíduo dotado de uma interioridade psicológica, de um psiquismo que habitaria a interioridade do seu corpo, utilizando alguns conceitos que explicitariam esse objeto psicológico pretensamente natural, essencial, substancial e a-histórico, tais como: consciência, identidade, personalidade, conduta, comportamento, psiquismo. Nessa perspectiva, o fenômeno psicológico seria descrito como um objeto cuja gênese e constituição se produzem enquanto processos internos do indivíduo. Tais teorias pressupõem a existência do ser humano e da natureza humana como hipóteses fundamentais para explicar suas construções. Elas se debatem com aporias epistemológicas dualistas, acentuando alguns elementos sobre outros: "interno/externo; psíquico/orgânico; comportamento/vivências subjetivas; natural/social; autonomia/determinação" (Bock; Gonçalves; Furtado, 2001, p.17). Haveria uma forte tendência mecanicista e determinista em tais concepções psicológicas, limitadoras da compreensão do fenômeno psicológico, sobretudo porque não são sensíveis aos seus aspectos dinâmicos, sociais e históricos.

Diversos autores (Bock; Gonçalves; Furtado, 2001; Figueiredo, 1991; Furtado; González-Rey, 2002; Campos; Guareschi, 2009;

González-Rey, 2003) têm procurado fazer uma análise crítica dessa Psicologia convencional, apontando alguns dos seus limites: ela partiria de uma visão abstrata do que seria fenômeno psicológico e desconheceria a produção histórica do ser humano como "indivíduo", considerando-o como sendo dotado de uma "natureza humana" supostamente universal, noções que coincidem com o advento e desenvolvimento do capitalismo. Portanto, as noções de *eu individual*, de um *sentimento de eu interno* ao ser humano, podem ser datadas historicamente. Essas noções coincidem com as ideias liberais e burguesas que permitiram a construção de tais perspectivas psicológicas. Além disso, seria necessário ainda romper com a tradição patologizante, normatizadora e com a noção de neutralidade, com o positivismo e com o idealismo, próprios dessa Psicologia convencional, pois o conceito de normalidade ocultaria a opção pelos valores sociais dominantes.

A ideia de sujeito enquanto um fundamento *a priori* e universal, totalizado e dotado de uma essência interior individual vem sendo criticamente questionada no âmbito das ciências humanas e sociais. Inclusive, algumas teorias tradicionais na Psicologia, ao incorporarem elementos do pensamento dialético, tendem a apresentar o sujeito como produto e efeito de uma série de processos que o antecedem e constituem, incluindo a dimensão sócio-histórica em suas elaborações, tal como se pode verificar, por exemplo, em Sève (1973), Rozitchner (1989), Silveira e Doray (1989), Bock, Gonçalves e Furtado (2001), Figueiredo (1991), Furtado e González-Rey (2002), Campos e Guareschi (2009), González-Rey (2003), Tomanik, Caniato e Facci (2009), Euzébios Filho (2017), Euzébios Filho e Guzzo (2009), Pavón-Cuéllar (2017).

Um efeito interessante da perspectiva dialética no campo da Psicologia foi a emergência de um discurso que propõe o tema do compromisso social dos profissionais psicólogos, tal como se pode verificar em Conselho Federal de Psicologia (1998, 2003a, 2010, 2011), Bock (1999, 2009), Bock et al. (2007), Furlan e Pelissari (2013), trazendo um conjunto de questionamentos e novos desafios para a Psicologia (Cordeiro, 2018).

Nessa vertente marxista, também se encontra o trabalho de Bernardes (2007), que procura identificar e analisar um certo movimento de ascensão do conceito de subjetividade como objeto de estudo da Psicologia brasileira, sobretudo a partir da década de. Realizando uma pesquisa teórica com base na revista *Psicologia: Ciência e Profissão*, publicadas entre 1986 e 2002, Bernardes identificou a emergência do conceito de subjetividade no âmbito do discurso psicológico, fenômeno que coincidiria com um amplo conjunto de transformações no mundo do trabalho, efeitos da crise do capitalismo. Esse novo contexto singular exigiria uma nova interpretação do fenômeno psicológico. As mudanças sociais, econômicas, políticas e culturais promovidas pelas transformações do capitalismo contemporâneo e as reações dos movimentos sociais, pautadas pelo ideário da participação e da inclusão social, bem como pela defesa da diferença na sua multiplicidade, passaram a exigir novas elaborações teóricas e conceituais no âmbito da Psicologia. O conceito de subjetividade, nessa leitura marxista, ao reconhecer o fenômeno psicológico como sendo produzido na relação com a objetividade histórica da vida social, se apresentaria como uma ferramenta conceitual capaz de promover o desenvolvimento de práticas teóricas e técnicas comprometidas com a questão social brasileira.

A incidência da perspectiva dialética no campo da Psicologia permite a construção de uma modalidade de clínica que poderia ser denominada de ampliada, que será apresentada a seguir, com atenção para a distinção de alguns de seus matizes.

A clínica ampliada numa vertente dialética de matiz sociologizante

A clínica ampliada, numa vertente sociologizante, talvez pudesse receber diversas denominações: clínica dialética crítica, abordagens psicossociais, incluindo também a Análise Institucional, pois se trata da clínica do indivíduo enquanto ator social e como sujeito cidadão de direitos, sendo pautada pela ética da ação social crítica, politizada

e emancipadora (Benelli, 2014b). Termos conceituais importantes nesse contexto clínico-político são: inclusão, reinserção, reabilitação, contratualidade social, multidisciplinaridade, intersetorialidade. Há uma radicalização da dimensão propriamente política dos problemas. O ser humano, ser racional, é considerado como uma construção social e histórica, na ordem da política. É um sujeito que possui individualidade própria e que deve ter na sociedade seu lugar de cidadão. Os direitos dos cidadãos previstos na lei devem ser assegurados e implementados pelo Estado social e democrático de direito.

A fórmula "clínica = política" explicita a radicalidade e também o reducionismo dessa perspectiva, pois a clínica *stricto sensu* é dissolvida na ação social e política, na ocupação do território, desaparecendo em sua especificidade. Essa vertente sociologizante afirmaria que a clínica lidaria apenas com um "eu interior", desconectado da realidade social e histórica, sendo uma mera "interioridade psicológica". Desse modo, o psíquico estaria reduzido ao plano subjetivo do indivíduo tal como na clínica psicológica tradicional. Como essa subjetividade privatizada comportaria, fundamentalmente, uma acepção patologizante e alienada intensamente criticada, a clínica é invalidada enquanto mistificação psicologizante das relações sociais políticas.

> Numa análise crítica, vê-se que muitas das vertentes da Reforma Psiquiátrica, pautadas na multidisciplinaridade, caíram no engodo imaginário de que pela simples oferta de vários tipos de atendimentos "biopsicossociais" seria possível atender às necessidades do ser humano e, com um arsenal de terapêuticas, homogeneizar o heterogêneo, a fim de garantir saúde e cidadania a todos, igualitariamente. Todavia, o que se põe como demanda de Atenção no sofrimento psíquico consiste em uma questão da mais absoluta complexidade e está para-além do sujeito de direitos; são impasses nos quais as dimensões da subjetividade e do social estão permanentemente entrecruzadas num corpo subjetivado, que comporta uma dor sempre singular, e que, por isso mesmo, escapa à ordem médica e ao saber constituído. (Shimoguiri, 2016, p.92)

O ser humano é tomado *apenas* enquanto sujeito social e cidadão participante do Estado na ordem da política. O discurso da cidadania indica que o ser humano é uma pessoa única, um indivíduo (sujeito psicológico racional) dotado de direitos e portador de necessidades, o que implica intervenções que promovam sua inserção e inclusão econômica, social e política (Benelli, 2014a; Mariano, 2011).

Por trás dessa eliminação da clínica, que parte da concepção de que toda clínica seria, no limite, aviltante, está um desconhecimento das diferenças que haveria entre a clínica médica-psiquiátrica – que de fato serve de base para a clínica da Psicologia convencional –; a clínica da Psicanálise do ego (Zimerman, 2008) e; finalmente, a clínica da Psicanálise do campo de Freud e Lacan, que opera com o conceito de escuta do sujeito do inconsciente.

A Psicologia Sócio-Histórica (Bocç; Gonçalves; Furtado, 2001; Bock; Gonçalves, 2009; Abrantes; Silva; Martins, 2005; Moreira; Romagnoli; Neves, 2007; Gonçalves, 2010; Oberg; Vilhena, 2011; Kafrouni, 2013; Revista Psicologia Clínica, 2015; Mota; Costa, 2017) poderia originar um subtipo da clínica psicossocial que poderia ser denominado de *clínica dialética crítica*.

Outra variação seria uma *clínica institucional*, incluindo a pesquisa participante, a pesquisa-ação, a Análise Institucional e a intervenção institucional (Lourau, 1995; Baremblitt, 1998; Lévy et al., 2001; Altoé, 2004; Andrade; Morato, 2004; Barus-Michel, 2004; Escóssia; Mangueira, 2005; Azeredo; Canavêz, 2007; Guirado, 1997, 2009; Ansara; Dantas, 2010; Moretto; Terzis, 2010; Coutinho, 2011).

Um outro subtipo clínico incluiria ainda as *abordagens psicossociais* (Campos, 1998; Araújo; Carreteiro, 2001; Amarante, 2003, 2007; Vieira Filho; Morais, 2003; Vieira Filho; Nobrega, 2004; Silveira; Vieira, 2005; Vasconcelos, 2008a, 2008b, 2009; Conselho Federal de Psicologia, 2010; Catão, 2011).

Podemos elencar ainda outros autores dialéticos que também problematizam o tema da subjetividade: F. G. Castro (2009), Alves (2010), Chagas (2013), Molon (2003), J. N. G. Araújo (2012), Patto (2012), Zanella (2005), Zanella et al. (2006). Na literatura, encontramos

inclusive um conjunto de trabalhos que pretendem configurar de modo explícito uma *clínica dialética*: Gonçalves Filho (1998), Vieira Filho (1997, 2003), Szymanski e Cury (2004), Costa e Brandão (2005), Aires (2006), González-Rey (2007), Camargo-Borges (2010), Delari Jr. (2012), Santos (2012), Gomes (2013), Lima e Carvalho (2013), Santos e Leão (2014), Kahhale e Montreozol (2019).

Há também um conjunto de trabalhos que pretendem promover um debate significativo e ampliado no cenário da Psicologia Clínica, localizando-a na cultura contemporânea, representando a multiplicidade de possibilidades de se pensar e fazer a Psicologia Clínica na atualidade, tais como os de Figueiredo (2007), Viana et al. (2012), Conceição, Tafuri e Chatelard (2015), Amparo et al. (2017) e Lerner (2018).

A clínica ampliada apresenta inegáveis avanços com relação à clínica tradicional, com destaque para o tema dos direitos humanos e da cidadania do sujeito, mas também possui seus próprios limites[13]: embora ainda possamos considerá-la disciplinar e interdisciplinar, já estaria avançando para a multidisciplinaridade. Mas se, a partir de reformas e ampliações exigidas pela perspectiva dialética sociologizante podemos considerar que a clínica ampliada estaria situada na transição paradigmática, sua superação exige a inclusão de outros planos de análise e de intercessão. Além de procurar algum tipo de aprimoramento da clínica ampliada, se trataria ainda de inventar novos dispositivos clínicos.

Buscando superar alguns desses limites, podemos postular uma clínica do sujeito que inclui o sujeito do inconsciente, tal como na

13 Talvez possua também seus perigos, pois a "ampliação" da Psicologia e da clínica corre o risco de atender as demandas do mercado, como adverte Paulon (2004), podendo ficar reduzida a ser apenas uma adjetivação acrítica e pretensamente inovadora, que modernizaria a Psicologia. Certamente não podemos nos esquecer das análises de Castel (1987) sobre a criação e a expansão de uma cultura psicológica – visando sofisticar o funcionamento psíquico de pessoas normais –, bem alinhada com a lógica neoliberal predominante (Benelli, 2009). Foucault (2002a, 2008a, 2008b) igualmente apresenta análises importantes sobre o contexto histórico político liberal e neoliberal contemporâneo que permite fazer problematizações da Psicologia Clínica e de seu possível alinhamento com a lógica hegemônica do MCP na sua configuração atual.

Psicanálise do campo de Freud e Lacan, que também pode ser denominada de clínica da Atenção Psicossocial ou clínica crítica – já que reconhece claramente suas possibilidades e limites –, localizando-se, necessariamente, num campo transdisciplinar, superando e também subvertendo a dimensão disciplinar do campo da Psicologia, conforme se pode ver no Quadro 3, construído por nós. No paradigma transdisciplinar, com muitas contribuições específicas, localizamos também a clínica da diferença (Brazão, 2014; Moreira; Romagnoli; Neves, 2007; Dantas; Benevides, 2016; Romagnoli, 2009; Sousa; Romagnoli, 2012).

Quadro 3 – Caracterizando o campo transdisciplinar, a clínica da diferença e a clínica da Atenção Psicossocial[14]

Paradigma transdisciplinar	
Filosofia e clínica da diferença – esquizoanálise (Deleuze e Guattari)	**Clínica da Atenção Psicossocial Clínica do sujeito (Freud e Lacan)**
1) A realidade é constituída por múltiplos fluxos e diferentes atravessamentos que são produtores de subjetividades: relações econômicas, sociais e políticas compõem-se com relações de produção subjetiva, originando a subjetividade capitalística. As produções de subjetividades que constroem e definem as formas de pensar, perceber, sentir e agir no mundo são forjadas pelos diferentes equipamentos sociais, inclusive pelas práticas psicológicas.	1) A realidade psíquica habitada pelo ser humano, ser falante (falasser), possui consistência moebiana com três registros: o real, o simbólico e o imaginário. Inclui o inconsciente, de acordo com Freud e Lacan, como dimensão fundamental. O sujeito emerge por meio de um processo de constituição subjetiva primária, construindo sua máquina de subjetivar, processo inconsciente, modalizado e sobremodalizado, ingressando na realidade social compartilhada.

14 No Quadro 3, sobre o campo transdisciplinar, a proposição de uma clínica da diferença e de uma clínica da Atenção Psicossocial diz respeito a algo que se perfila no horizonte, poderíamos dizer que algo dele já se anuncia, se esboça, se delineia de modo pregnante. Nos discursos, práticas e éticas presentes no contexto da Psicologia Clínica há fortes indícios desse insurgente paradigma transdisciplinar. Ele é contra-hegemônico e não está plenamente configurado ou constituído nem institucionalizado e, em grande medida, permanece ainda muito mais como pulsação instituinte e crítica quanto ao paradigma instituído e hegemônico. Caracteriza-se mais como uma aspiração, como uma tendência possível que desejamos e nos empenhamos em fortalecer, promover e realizar, imprimindo-lhe um certo sentido.

Paradigma transdisciplinar	
Filosofia e clínica da diferença – esquizoanálise (Deleuze e Guattari)	**Clínica da Atenção Psicossocial Clínica do sujeito (Freud e Lacan)**
2) Buscam-se possibilidades individuais e grupais de escapar dos processos de massificação dos meios de comunicação da sociedade de controle globalizado. Independentemente do lugar de classe social, pretende-se inventar rupturas, derivas, outras construções e conexões, criando subjetividades não hegemônicas.	2) Atenção ao indivíduo/grupo como sujeitos, seres humanos entre seres humanos na ordem da política, e como sujeitos entre significantes, no plano do simbólico (interrelacionados com os planos do imaginário e do real).
3) Fundamenta-se na Filosofia da diferença e afirma-se a importância das práticas sociais na produção dos objetos, saberes e sujeitos. Eles seriam produzidos historicamente por meio de práticas datadas e localizáveis, que os objetivam. Trata-se de processos diversos, múltiplos, provisórios.	3) Fundamentação na clínica do sujeito, formalizada por Lacan, que faz avançar as teses de Freud – construídas a partir de sua práxis clínica – adotando uma abordagem complexa e transdisciplinar da subjetividade e dos processos de subjetivação, considerando suas dimensões históricas, políticas, sociais, institucionais, inconscientes, estruturais e singulares.
4) Sua inserção na área da Saúde originou a vertente do "cuidado psicossocial" numa busca de ampliar as práticas clínicas para além das especialidades *psi* que representam o ser humano como indivíduo dotado de uma natureza ou essência universal, eterna, a-histórica, instituída e naturalizada.	4) As práticas de Atenção Psicossocial, desenvolvidas em estabelecimentos públicos variados, visam prioritariamente os membros das classes populares, considerados como cidadãos na ordem da política e também como sujeitos desejantes, no plano do inconsciente.
5) A formação inclui estudos em artes, ciências, Filosofia, particularmente da obra de Guattari e Deleuze, bem como da Psicanálise numa abordagem que se pretende crítica. Na clínica crítica da esquizoanálise, clínica e política se fundem de modo radical. É comum que psicólogos e, eventualmente, também psicanalistas, ao longo de sua formação, adotem a esquizoanálise como sua perspectiva de trabalho clínico.	5) Inegavelmente a formação de intercessores é longa, complexa e exigente, dada a complexidade dos campos implicados: materialismo histórico, Filosofia da diferença, Análise Institucional, Psicanálise do campo de Freud e Lacan. A formação profissional busca superar as dicotomias entre fazer/pensar, poder/obediência, ciência e política, por meio da práxis. É fundamental a formação teórica e prática devidamente articuladas no plano da realidade social. As técnicas e as atividades profissionais são predominantemente intercessoras. Não se pode saber, fazer ou poder pelo outro, que é sujeito.

Paradigma transdisciplinar	
Filosofia e clínica da diferença – esquizoanálise (Deleuze e Guattari)	**Clínica da Atenção Psicossocial Clínica do sujeito (Freud e Lacan)**
6) Pensa-se o ser humano e a sociedade, a Psicologia e a política como territórios produzidos historicamente que não se opõem, mas que se atravessam e se constituem, afirmando uma relação com o tempo-acontecimento, sempre provisória e múltipla; como produção de devires, devir a ser, de fluxos mutantes.	6) Teorização e atividades são dirigidas principalmente para a atuação intercessora no cenário das políticas públicas sociais: Saúde, Saúde Mental, Educação, Assistência Social. Trata-se de exercer uma práxis (fazer/pensar e prática/teoria são indissociáveis, não se aplicam teorias); os impasses da práxis exigem reflexão teórica e epistemológica e produção de conhecimento.
7) Trata-se de uma proposta transdisciplinar na qual todos os saberes são convocados a estar presentes, misturando-se e contaminando-se. Psicólogos desenvolvem intervenções/agenciamento que promovem uma apropriação da capacidade de movimentar-se, a possibilidade de sempre transitar, de ignorar limites impostos, de rearranjar e criar outros territórios.	7) A abordagem das equipes de trabalho é transdisciplinar, pautando-se em autores institucionalistas e em contribuições da Filosofia da diferença, buscando superar práticas verticais heterogestivas por meio da participação e da cogestão. As práticas profissionais são, necessariamente, altamente complexas e sofisticadas para lidar com problemas de alta complexidade que exigem respostas à altura nos mais diversos planos: individual, grupal, do estabelecimento institucional, do bairro, da cidade etc.
8) Psicólogos, psicanalistas e outros profissionais desenvolvem uma clínica esquizoanalítica, oferecem escuta individual e/ou grupal, acompanhante terapêutico (AT), grupos, oficinas, propondo uma clínica ampliada que inclui dimensões políticas, éticas e estéticas. A clínica esquizoanalítica visa favorecer a vida (subjetividade), que não cabe nos estratos (organismo, significância, subjetivação), sem que se perca um plano que, ao mesmo tempo em que existe, também precisa ser construído.	8) O trabalhador intercessor oferta recepção-escuta, análise individual e grupo psicanalítico. Emprega-se a associação livre, o silêncio e a atenção flutuante, o manejo da transferência e de modalidades de interpretação: pontuação, assinalamento, escansão, corte da sessão. Há vários momentos: as entrevistas preliminares, a entrada em análise, a interpretação (deciframento do recalcado e ciframento do gozo angustioso) dos sintomas, a superação das resistências, a construção da fantasia e o final do tratamento[15]. Promove-se

15 Estamos nos referindo propriamente ao manejo clínico de sujeitos do recalcamento (Quinet, 2000). Os sujeitos constituídos por foraclusão exigem outras práticas clínicas (Quinet, 2002, 2006). Ver também o Ensaio 2 neste livro.

Paradigma transdisciplinar	
Filosofia e clínica da diferença – esquizoanálise (Deleuze e Guattari)	**Clínica da Atenção Psicossocial Clínica do sujeito (Freud e Lacan)**
	a introdução de cortes nos enunciados de sentido imaginário-tautológico nos processos de subjetivação, a favor da produção de sentido novo e contínuo para as diferentes injunções e impasses cotidianos vivenciados pelos sujeitos.
9) A clínica não precisa pesquisar um passado estruturado, mas ser lugar da emergência do novo, do intempestivo, da diferença, pois o inconsciente funciona a partir de uma lógica intensiva e não figurativa. Na clínica se realiza um trabalho de pesquisa-intervenção na qual se cartografam processos intensivos, promovendo encontros que afetam, possibilitando a construção de diagramas dos fluxos de sentidos, práticas e valores, capturas e devires em abertura no campo pesquisado.	9) Na Atenção Psicossocial se lida com um campo pulsional e tensional onde se atualizam os conflitos da luta de classes, o que possibilita que haja intercessão. Trata-se de estar atento e ocupar as brechas do instituído, pois nas suas lacunas poderão surgir os movimentos instituintes. Questiona-se o especialista como aquele que detém o saber e o poder de intervir sobre o outro.
10) Abordagem transdisciplinar, genealógica e cartográfica, articulando ética, estética e política em agenciamentos clínicos. Trata-se de acompanhar os movimentos, os corpos, as singularidades em seus processos de desterritorialização e de territorialização, nos planos da macro e da micropolítica, num fazer interventivo e implicado.	10) Abordagem transdisciplinar criativa, aberta para o novo, valoriza também o conhecimento difuso e práticas informais populares. Deve se organizar necessariamente em rede.
11) No campo da Saúde, na área da Saúde Mental, promove atendimentos clínicos que se pautam pela humanização e pelo cuidado psicossocial, articulando uma clínica ampliada.	11) Avisados e precavidos quanto ao processo de transição paradigmática, busca-se produzir um "conhecimento prudente para uma vida decente", operando atendimentos clínicos psicossociais.
12) O profissional *psi* atua realizando pesquisa-intervenção, promovendo práticas de cuidado nas quais os usuários exercem protagonismo nos processos clínicos dos quais participam, desfocando as problemáticas do indivíduo, construindo problematizações autogeridas e coletivas; atentos aos movimentos	12) Práticas são planejadas a partir do protagonismo dos sujeitos, conjuntamente com trabalhadores do coletivo institucional, num horizonte autoanalítico e autogestivo.

Paradigma transdisciplinar	
Filosofia e clínica da diferença – esquizoanálise (Deleuze e Guattari)	**Clínica da Atenção Psicossocial Clínica do sujeito (Freud e Lacan)**
das singularidades que as compõem. Busca-se produzir tecnologias conceituais que possam sustentar valores vitais e desenhar estilísticas da existência.	
13) Ação clínica para além do preventivo, do promocional e do curativo, envolvendo um trabalho analítico ao mesmo tempo transcendental e materialista, é crítica do Édipo e o leva até a autocrítica. Busca explorar um inconsciente transcendental, em vez de metafísico; material, em vez de ideológico; esquizofrênico, em vez de edipiano; não figurativo, em vez de imaginário; real, em vez de simbólico; maquínico, em vez de estrutural; molecular, microfísico, em vez de molar ou gregário; produtivo e imanente, ao invés de expressivo.	13) A ação do psicólogo envolve também o conhecimento da Saúde Pública, da administração, da gestão e da supervisão dos programas, projetos e serviços, no âmbito das políticas públicas de Saúde, de Educação e de Assistência Social. Assim, as técnicas na clínica do sujeito são de três tipos: a) técnicas ligadas diretamente à intercessão em Saúde Mental Coletiva com a clientela; b) técnicas voltadas à formação de pessoal para atuar em Saúde Mental Coletiva; c) técnicas administrativas e de gestão dos serviços em Saúde Mental.
14) Clínica e política, ética e estética se fundem, buscando transversalizações nos planos técnico-científico, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural. A visada consiste em prover a vida na sua multiplicidade e diferença. Pretende-se superar a estratégia de privatização dos afetos no atendimento tradicional do "caso", promovendo experimentações grupais de encontro e de relações. A relação terapêutica forma uma rede que se estende aos lugares de expressão social dos indivíduos/coletivos atendidos, promovendo atravessamentos, limiares, cortes e conexões sem fim. Pretende promover um paradigma ético-estético-político.	14) Clínica e política estão implicadas, articuladas em tensionamento, a partir dos parâmetros paradigmáticos: 1. Modos de concepção do "objeto" e dos "meios" de trabalho do trabalhador-intercessor: no caso da Saúde Mental, trata-se de trabalhar na luta pela subversão das concepções tradicionais quanto aos processos de produção saúde-adoecimento-atenção. 2. Modos de organização das relações intrainstitucionais (divisão do trabalho interprofissional) e interinstitucionais (relações intersubjetivas), para produção de saúde e subjetividade: busca de superação da heterogestão por meio de estratégias participativas, tendo como horizonte a autogestão. 3. Modos de relação da instituição com a população e o território, e a recíproca: os estabelecimentos devem operar como espaços de interlocução e oferta de possibilidades transferenciais para os sujeitos que, além de experienciarem o sofrimento no plano da realidade

Paradigma transdisciplinar	
Filosofia e clínica da diferença – esquizoanálise (Deleuze e Guattari)	**Clínica da Atenção Psicossocial Clínica do sujeito (Freud e Lacan)**
	psíquica, em termos dos sintomas que surgem em resposta aos impasses no processo de constituição subjetiva, também experienciam o sofrimento no plano da realidade material, em termos dos sintomas que surgem e se intensificam em resposta à constituição da sociedade de classes. 4. Modos dos efeitos produtivos típicos da instituição em termos de terapêutica e de ética: articulando sujeito, ética e política nos planos do inconsciente e na práxis histórica quanto às práticas de "tratamento e cura", visando às finalidades socioculturais amplas para as quais concorrem suas ações.

Fonte: construído pelo autor

O Quadro 3, contendo uma caracterização possível – e, certamente, discutível – das figuras típicas do campo transdisciplinar, a clínica da diferença e a clínica da Atenção Psicossocial, não consta nos trabalhos de Vasconcelos (1986, 2011), mas representa um esforço de sistematização original, que acrescentamos a essa discussão sobre os paradigmas no campo *psi* e suas figuras clínicas. Se o Quadro 2 revela uma clara oposição entre a clínica tradicional e a clínica ampliada, o Quadro 3, embora também coloque lado a lado a clínica da diferença e a clínica da Atenção Psicossocial, cada uma com suas características singulares, não implica que com isso não estejamos afirmando que essas duas modalidades de clínica se oponham, simplesmente. Nem supomos que elas se assemelhem ou se complementem. Mas talvez elas possuam possíveis pontos de intersecção importantes que precisariam ser considerados.

Pensamos que tanto uma clínica da diferença quanto uma clínica psicanalítica do campo de Freud e Lacan podem ser operacionalizadas em consultórios particulares privados, tanto por psicólogos, por psicanalistas ou por outros profissionais que tenham formação

nessas áreas clínicas específicas. Mas nossa caracterização delas no Quadro 3 é interessada: pensamos que ambas apresentam relevantes e singulares contribuições para o campo da Atenção Psicossocial. Entendemos que a clínica da diferença e a clínica psicanalítica do campo de Freud e Lacan são essenciais para um psicólogo psicossocial: são exigências fundamentais para uma clínica que se pretenda crítica, no contexto das políticas públicas.

De modo sintético, consideramos que um Estado que se constitui como representante dos interesses do MCP promoveria uma Saúde Pública enquanto práticas médicas de tratamento das doenças, produção de tratamento médico/medicamentoso das doenças e da doença mental por meio de políticas de governo e de políticas de Estado[16] sem participação popular. Predominam os interesses lucrativos do mercado.

---

16 De acordo com Benelli (2020, p.47) "seria possível distinguir os termos *políticas de governo*, *políticas de Estado* e *políticas públicas*. *Políticas de Governo* corresponderiam à criação de projetos, programas, benefícios ou serviços por um grupo que está na administração pública municipal, estadual ou federal, num dado momento, que teriam validade durante o período em que durasse o mandato eleitoral desses gestores. Essas políticas poderiam ser consideradas como concessões tácitas, por meio das quais os governantes se adiantam às necessidades da população e criam projetos, programas, benefícios ou serviços, certamente já de forma assepsiada. Mas essas políticas não possuem o *status* jurídico de lei federal, o que as tornaria obrigatórias em todo o território nacional, sistemáticas e contínuas, podendo ser abolidas pelos próximos gestores eleitos. É o que costuma acontecer: a nova administração tende a abolir todo o trabalho realizado pelo governo anterior, sobretudo, aquilo que funcionou bem. Cada novo governante quer criar novidades e produzir fatos e notícias que lhe rendam dividendos eleitorais. *Políticas de Estado* seriam aquelas que alcançam o estatuto de lei federal, sendo válidas e obrigatórias em todo o território nacional. Elas seriam concessões tácitas do Estado – sendo acompanhadas de um processo de recuperação do que se concedeu –, para responder às pressões produzidas pelos movimentos sociais, por intelectuais e trabalhadores, configurando uma proposta estratégica construída no nível nacional. Elas se caracterizam por sua perenidade e não se encerram quando um determinado grupo é substituído por outro no poder. Também seria possível pensar que haveria políticas de Estado formais que permaneceriam num nível mais burocrático, caracterizando mais uma concessão tácita e que haveria outras que avançariam para o estatuto de *políticas públicas*, quando as reivindicações, os interesses e a participação efetiva

Já um Estado democrático e social de direito buscaria promover uma Saúde Coletiva por meio de práticas de Atenção Psicossocial, visando à produção social da Saúde (Mendes, 1996) incluindo uma gama variada de políticas públicas com participação popular deliberativa. Predominariam os interesses populares. Os dilemas, impasses e paradoxos entre essas duas formas de organização da vida social constituem o contexto e as questões com as quais lida o psicólogo psicossocial.

A Filosofia da diferença e suas produções singulares na Psicologia Psicossocial e seus subtipos de clínica ampliada

A partir da Filosofia da diferença, as categorias de pessoa, de indivíduo, de personalidade – enquanto psiquismo interiorizado e independente da realidade social e histórica – seriam insuficientes para a compreensão do ser humano e de uma clínica, pois se considera que o ser humano seria construído por meio de processos de subjetivação sociais e históricos. A subjetividade seria produzida por meio de complexos processos psicossociais que desenham, criam e recortam diferentes figuras e personagens, bem como distintos modos de subjetivação no campo social.

Autores que compõem a Filosofia da diferença são Foucault (1982, 1984, 1985b, 1999a, 1999b, 1999c) com a arqueologia, a genealogia e a estética da existência (Machado, 1981; Dreyfus; Rabinow, 1995; Fonseca, 1995; Paiva, 2000; Araújo, 2001; Silveira, 2001); Deleuze (1988, 1992); Guattari (1981, 1992, 1996); Deleuze e Guattari (1995, 2010), com a esquizoanálise e a cartografia (Rolnik, 1989; Guattari; Rolnik, 1996; Passos; Kastrup; Escóssia, 2009; Passos; Kastrup; Tedesco, 2016).

---

das classes sociais subordinadas se fizessem presentes e atuantes, por meio de manifestações públicas, por meio da participação ativa em conselhos de controle social com poder deliberativo, por meio de audiências públicas e de conferências municipais, estaduais e nacionais".

De acordo com tais autores, a subjetividade consistiria em configurações diversas da existência nas dimensões do tempo e do espaço sócio-histórico, sendo sempre uma construção cultural, datada e localizável, passível de ser mapeada em sua *arqueologia* enquanto produção discursiva, em sua *genealogia*, já que ela seria fabricada na articulação e no imbricamento de saberes com poderes, e *cartografada* nos seus devires, enquanto estaria eticamente implicada nos atravessamentos e transversalidades com as multiplicidades sociais, históricas e culturais (Cassiano; Furlan, 2013; Prado Filho; Martins, 2007; Parpinelli; Souza, 2005).

Guattari (1996) também apresenta uma abordagem complexa e original sobre o tema da subjetividade e seus trabalhos têm inspirado numerosos estudos esquizoanalíticos que tratam dessa questão. Parpinelli e Souza (2005), por exemplo, buscam se apropriar de ideias e conceitos próprios da teoria esquizoanalítica e os utilizam com a finalidade de repensar os fenômenos psicológicos. Tomam a ideia de devir, a concepção de subjetividade, de inconsciente, de desejo, de rizoma, de agenciamento, de multiplicidade, de vozes de poder, de saber e de autorreferência etc., do campo da esquizoanálise, para conferir um outro entendimento aos denominados fenômenos psicológicos. Sua discussão se inspira no tema das multiplicidades, por meio do qual buscam novas possibilidades para conceber tais fenômenos e a própria realidade, tratando de modo indissociável as dimensões éticas e políticas como constitutivas da existência humana.

Nessa perspectiva, o termo subjetividade não é sinônimo de subjetivo, de interioridade nem de subjetivismo. Ele não se opõe ao "objetivo" nem se identifica plenamente com a ideia de psiquismo. Com esse termo se deseja superar diversas antinomias que pululam no campo *psi*, pois se entende que o sujeito está sempre inserido numa rede de conexões, numa trama complexa da qual o "social" e o "subjetivo" são partes indistintas e constitutivas. Pode-se dizer que a subjetividade é um termo que engloba os modos históricos de ser, de pensar, de perceber e de agir do sujeito. A palavra produção remete ao seu caráter propriamente processual, histórico, social e dinâmico. A subjetividade não está "dentro" dos indivíduos ou das

pessoas, antes, ela os atravessa ou transversaliza e os constitui coletivamente, englobando materiais culturais os mais diversos: modos e formas de existência, artefatos materiais e concepções de mundo.

Portanto, não se trata de adaptação, de internalização, de socialização, de assimilação ou de introjeção do ambiente sócio-histórico pelo indivíduo, como se a subjetividade fosse um espaço interior – entendido como a "alma", o "psiquismo", a "consciência racional", o "eu/ego", o "sujeito cognoscente" – formado a partir do espaço sociocultural. Trata-se de atravessamento ou transversalização e de produção social coletiva na qual o sujeito é produto e não origem; não há interioridade que preexista aos processos que a constituem. A subjetividade é constituída por meio de e durante uma série de processos discursivos, não discursivos e éticos. Ela é fabricada no processo de produção do mundo social como um produto cultural complexo, podendo ser inscrita numa heterogeneidade de suportes físicos, biológicos, psíquicos, verbais, econômicos, estéticos e políticos. Ela se individualiza nas relações de alteridade e se coletiviza nas multiplicidades, constituindo um "território existencial autorreferencial", como a denomina mais especificamente Guattari (1992, p.7), sem comportar uma interioridade ou exterioridade, mas organizando-se como um espaço poroso, permanentemente aberto à passagem de forças e fluxos de matéria e de energia, mutante, constantemente diferindo de si mesma.

> Michel Foucault (1926-1984), Gilles Deleuze (1925-1995) e Félix Guattari (1930-1992) propõem a indissociabilidade homem/natureza, afirmando que a produção do mundo se realiza num processo: 1) inclusivo, do qual não há exterioridade possível; 2) mutante, porque se efetua pela transformação ininterrupta; 3) flexível, para o qual não há determinações; 4) fortuito, por materializar o acaso; 5) comunicante, porque se dá por "passagens", por "estados". É um processo que engendra as multiplicidades, pelas quais tudo pode se interpenetrar com tudo – sem hierarquia entre as instâncias individuais, coletivas e institucionais – mudando a natureza do que se vai produzindo. Fluxos de matéria/energia, de relações vazam os

> territórios, aumentam qualitativa e quantitativamente suas conexões, suas disjunções e suas conjunções. Os corpos emergem e se efetuam nesta luta, nesse confronto de forças, velocidades, de composições, neste movimento incessante. Os corpos são, pois, "estados" dos seus movimentos – modos de estar – "superfície de inscrição dos acontecimentos", "volume em perpétua pulverização", cujos fluxos estão sempre em "insuperável conflito" (Foucault, 1989, p.22). O tornar-se humano inclui o tornar-se não humano: a produção da subjetividade é imanente à produção do mundo (R. N. Silva, 2005, p.174)

Foucault, Deleuze e Guattari estudam os embates que atravessam a história humana quanto a dois processos de subjetivação predominantes: o regido pelo princípio de identidade e o regido pelo princípio da diferença. Segundo R. N. Silva (2005, p.171ss.) o princípio da identidade pressupõe uma imobilidade infinita que garante a existência do *mesmo* como modelo universal, a realidade é vista como ideal e estática. Já o princípio da diferença pressupõe um movimento incessante, a transformação de um estado em outro, e a realidade, sendo produzida por múltiplos fluxos, mantém-se em sua força instituinte, produtiva, em constante devir. Tais princípios incidem em diferentes concepções da subjetividade: uma tradicional como fundamento de origem psicológica, interiorizada e universal, que tem predominado no campo psicológico, e uma nova versão, que concebe a subjetividade como produção conectada aos diversos componentes e fluxos da vida social.

Considerando os autores da Filosofia da diferença, o que a Psicologia pode fazer no campo social e institucional? São muitas as possibilidades. Aqui nos interessa problematizar tanto as possibilidades clínicas quanto a chamada "clínica ampliada", a "clínica psicossocial", as "práticas psicossociais" e as "intervenções psicossociais".

Se considerarmos a Psicologia como saber/fazer disciplinar (Prado Filho; Trisotto, 2007), como ciência disciplinar, torna-se possível a adoção de um conjunto de possibilidades teóricas, técnicas, políticas, clínicas e éticas e se obterá a produção de efeitos típicos

dessa orientação: adaptação, normalização. Mas o psicólogo psicossocial exigido pela Atenção Psicossocial no âmbito da Psicologia, não pode permanecer reduzido ao papel do educador-moralista, do cuidador-tutelador nem de "técnico do comportamento, engenheiro da conduta ou ortopedista da individualidade" (Foucault, 1999c, p.244).

O tema da subjetividade ainda é intensamente discutido por diversos autores alinhados com a Filosofia da diferença, tais como: Kastrup (2000), Domènech, Tirado e Gómez (2001), Leite e Dimenstein (2002), N. Silva (2002), Cardoso Jr. (2005, 2008), Coimbra e Leitão (2003), Miranda (2005), Parpinelli e Souza (2005), Tedesco (2006, 2007), Tedesco e Rodrigues (2012), Estellita-Lins (2007), Prado Filho e Martins (2007), Mairesse e Fonseca (2008), Rodrigues e Tedesco (2009), Mansano (2009), Parpinelli e Fernandes (2011), Cassiano e Furlan (2013), Soares e Miranda (2009). Entendemos que essa discussão produz um conjunto de efeitos de desconstrução da Psicologia convencional e de sua clínica tradicional. Além disso, parece que também possibilita que se promova uma crítica aos limites da Psicologia Psicossocial e da clínica ampliada na sua versão dialética de matiz sociologizante.

Podemos considerar diversos autores que podem ser localizados no campo da Filosofia da diferença, tais como: Moraes e Nascimento (2002), Pogrebinschi (2004), Guareschi e Hüning (2005), R. N. Silva (2005), Ferreira (2006), Bello (2007), que permitem que problematizemos alguns dos limites da clínica ampliada, sobretudo, quanto à sua ênfase no *sujeito cidadão de direitos*, quando baseada na perspectiva dialética de matiz sociologizante. O tema dos direitos humanos e da cidadania possui valor inegável, mas também diversos impasses que não podem passar inadvertidos, tais como alguns indicados por Fonseca (1997): haveria matizes liberais e neoliberais nos processos de incitação às lutas pela cidadania no Brasil. Souza e Prado Filho (2008), Leite e Aragão (2010) também debatem a ambiguidade da noção e das práticas de cidadania no contexto da sociedade capitalista, sob o prisma da sociedade de controle.

As discussões de Foucault (2002a, 2008a, 2008b) e de Hardt e Negri (2001) sobre a *biopolítica* permitem considerar criticamente a

emergência do que podemos denominar do discurso sobre o *sujeito de direitos*, que tende a ser considerado como alternativo ao hegemônico, que talvez também pudesse ser chamado de paradigma do sujeito-objeto – calcado numa concepção binária, dualista, dicotômica –, outro nome para designar o paradigma disciplinar. Foucault ajuda a pensar que isso também é uma construção histórica, explicitando como, por meio de novos discursos, práticas e ética, o ser humano vai sendo produzido enquanto sujeito de direitos – visto como sujeito protagonista e não assujeitado. Trata-se da construção de uma nova figura social. Como discutem Lara, Guareschi e Hüning (2012), não se promove apenas política pública de Saúde ou de Assistência Social, mas se trata de considerar que, no bojo mesmo dessas políticas, se articula uma *estratégia que transforma o indivíduo em sujeito cidadão de direitos*. Os diversos fenômenos que compõem a *questão social* e os diferentes modos de lidar com ela são analisados por alguns autores a partir de sua complexidade em termos de poder/saber/sujeito/subjetividade e como efeitos do MCP na contemporaneidade da sociedade de controle (Bicalho et al., 2009; Coimbra; 2001; Both, 2008; Coimbra; Lobo; Nascimento, 2008).

Na literatura, encontramos diversos nomes e semblantes para uma clínica que se fundamenta na perspectiva da Filosofia da diferença: psicoterapia genealógica (Naffah Neto, 1994); clínica da diferença, clínica crítica (Neves; Josephson, 2001; Deleuze, 2011; Dionísio; Benelli, 2012; Cavalcanti; Cavalcanti; Novikoff, 2016; Fraga; Guimarães, 2016); clínica peripatética (Lancetti, 2005); clínica nômade (Corrêa, 2006); clínica política (Gondar, 2004; Decotteli; Bohre; Bicalho, 2013); clínica rizomática (Sousa; Romagnoli, 2012); clínica social (Romagnoli, 2006); clínica da resistência (Maciel, 2007; Baroni; Cunha, 2008; Romagnoli, 2007; Romagnoli et al., 2009); clínica do esquecimento (Rauter, 2012).

> Clínica da diferença é uma das formas de nomeá-la. Pode ser pensada como clínica acontecimento, clínica do esquecimento, clínica nômade, clínica dos encontros, clínica esquizoanalítica, clínica política e tantas outras formas que remetem ao seu movimento

inventivo e comprometido com o paradigma ético-estético-político das muitas maneiras do viver. (Corrêa, 2015, p.33)

A partir da genealogia e da cartografia, consideramos que vários autores acrescentam um nível de análise suplementar importante para discutir as diversas possibilidades clínicas no contemporâneo. São análises que abrem muitas questões e não fecham nem concluem, não apresentando respostas prontas e supostamente definitivas. Constatando alguns dos impasses da clínica ampliada de matiz dialético, nossas investigações depararam com a proposta de uma *clínica transdisciplinar*, cuja característica marcante consiste na articulação radical que se estabelece entre clínica e política, tal como se pode verificar, por exemplo, em Neves et al. (1993), Passos e Barros (2000), Passos e Benevides (2001), Fonseca e Kirst (2004), Escóssia e Mangueira (2005), Ferreira Neto (2004, 2007, 2008, 2010), Pinto (2007), Ferreira, Curvello e Monteiro (2009) e Sundfeld (2010).

A literatura também nos permite constatar a emergência de uma clínica do cuidado[17] psicossocial derivada da perspectiva das diversas possibilidades da Filosofia da diferença. Encontramos também uma interessante discussão crítica sobre a clínica do cuidado em autores da Psicanálise lacaniana, no âmbito da Atenção Psicossocial. Essas múltiplas perspectivas não podem ser homogeneizadas, dadas suas diferenças fundamentais.

17 O tema do *cuidado* tem sido intensamente discutido por diversos autores no âmbito *psi*, segundo várias perspectivas, como se pode verificar por meio de trabalhos tais como os seguintes: Merhy (1998), Ayres (2000, 2001, 2004a, 2009), Zoboli (2004), Askofare (2006), Chardon (2008), Freitas (2008), Carvalho (2010), Bernardi (2010, 2013), Leite e Aragão (2010), Barros e Gomes (2011), Bernardes (2012), Braunstein (2012), Santos e Sá (2013), Costa-Rosa (2013a), Benelli (2014b), Carvalho et al. (2015), Bernstein (2017) etc.

A clínica ampliada na vertente da Filosofia da diferença como cuidado psicossocial

De acordo com a literatura, desenhamos um primeiro subtipo ou variação: a *clínica do cuidado* ou também chamada de *clínica do cotidiano*, quando a clínica transdisciplinar é desenvolvida por trabalhadores que se inserem na área da Saúde enquanto política pública.

Exemplos de alguns autores que apresentam diversas características do que podemos denominar como *clínica do cuidado* seriam os seguintes: Silva (2001), Reis Filho e Franco (2007), Machado e Lavrador (2009), Tedesco e Nascimento (2009), Lima, Ferreira Neto e Aragon (2010), Lemke e Silva (2010), Neves e Heckert (2010), Barros e Gomes (2011), Bernardes (2012), Mencarelli e Aiello-Vaisberg (2012), Pimentel e Franco (2014), Mizoguchi (2016).

Nessa perspectiva, de acordo com o material analisado, a clínica seria ampliada, no sentido de aumentar a variedade dos meios de trabalho: psicoterapia individual, grupo psicoterapêutico, acompanhante terapêutico (AT), oficinas de socialização e de reconstrução subjetiva, socioterapias, dispositivos de reintegração sociocultural, de trabalho e de geração de renda. Conforme verificamos na literatura, geralmente se busca oferecer uma escuta compreensiva, centrada na oferta de sentidos, podendo deslizar para uma prática pedagógico-educativa e também moral, possibilidades que se pretenderia evitar. Consideramos que também é necessário distinguir com clareza quais seriam as diferenças entre os ideais e as demandas dos trabalhadores/cuidadores quanto à noção do que seja a cidadania, ao que significa estar incluído socialmente e as concepções dos sujeitos que são tomados enquanto objetos do cuidado, nas diversas áreas das políticas públicas sociais.

De um modo geral, a partir das críticas que os diversos autores que se alinham com a vertente da diferença normalmente fazem à Psicanálise de Freud e Lacan – que precisam ser ponderadas com atenção, sendo que discordamos de muitas delas – podemos considerar que a clínica do cuidado psicossocial não inclui o sujeito do inconsciente nem utiliza os conceitos e ferramentas teóricas e técnicas psicanalíticas nas suas intervenções práticas.

A clínica da Atenção Psicossocial

Podemos afirmar que a Atenção Psicossocial constitui-se numa estratégia de intercessão importante, originada no âmbito da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica brasileira, de acordo com Costa--Rosa (2013a), e seria caracterizada por *parâmetros lógicos e históricos estruturais* específicos, que são os seguintes: a) concepções de "objeto" e dos "meios" de ação; b) concepções das formas de organização do dispositivo institucional – formas das relações intrainstitucionais; c) concepções das formas de relação instituição-território e população-instituição; d) concepções dos efeitos terapêuticos e seus desdobramentos éticos. Esses parâmetros lógicos servem para realizar uma análise paradigmática no campo da Saúde Mental Coletiva, permitindo mapear em qual paradigma as práticas e discursos de atenção podem ser situadas, se no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) ou no Paradigma Psicossocial (PPS).

Atenção Psicossocial é uma expressão que pode ser tomada enquanto termo comum, com várias acepções, podendo estar presente nos campos da Psicologia, da Assistência Social, da Saúde Mental na Saúde Coletiva, da Educação, entre outros. A Atenção Psicossocial é uma construção/invenção da área da Saúde Coletiva, mais particularmente da Saúde Mental (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003; Amarante, 2007). Ela vem se constituindo como um conjunto de proposições teóricas, técnicas e éticas transdisciplinares – pautadas pela referência fundamental da *subjetividade* – que visa consolidar um novo paradigma para o equacionamento do sofrimento psíquico na atualidade, opondo-se radicalmente ao paradigma médico-psiquiátrico-hospitalocêntrico-medicamentalizador. Pretende-se tomar essa expressão como conceito, enfatizando um aspecto que lhe confere singularidade conceitual e ética específica.

A Atenção Psicossocial configura um conjunto de discursos e de práticas específicas que emergem a partir de um campo de análise transdisciplinar no qual estão presentes os conceitos de *sujeito* e de *subjetividade*, de *inconsciente* e de *desejo* – incluindo as dimensões "social" e "psíquica", num plano contínuo – tal como se apresentam

na Psicanálise do campo de Freud e Lacan, enriquecidos pelas contribuições críticas da Filosofia da diferença (Deleuze, Guattari e Foucault) (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003).

No campo das práticas de atenção *psi* (psicológicas, psiquiátricas, psicanalíticas), são desenvolvidas formas de atuação profissional baseadas numa perspectiva teórico-técnica tradicional, nas quais se opera a partir da prevenção, da intervenção (pedagógica, psicológica, psiquiátrica, assistencial, judiciária, policial, "socioeducativa", "psicossocial"), propondo tratamento, reabilitação, reinserção, reeducação, ressocialização, tendo como parâmetro a noção de "normalidade-patologia-desvio" e seu objeto pode receber diversas denominações: pessoa, indivíduo, doente, consciência, ego, personalidade, identidade, comportamento, conduta. Se o ser humano pode ser tomado como coisa a ser manipulada, como objeto, isso significa que ele pode ser considerado como *um outro que é objeto* de ensino (numa atitude de mestria), de governo (por meio da tutela e da subordinação), de interpretação psicologizante (hermenêutica), de prevenção, de intervenção autoritária, de tratamento, de cura, de cuidado infantilizante e paternalista.

Por outro lado, a Atenção Psicossocial, tal como a postulamos, a partir de um conjunto de autores encontrados na literatura (Costa-Rosa, 1999, 2000, 2011, 2013a; Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003; Costa-Rosa, 2019a) inclui a análise política de instituições, a Análise Institucional e uma teoria da constituição da subjetividade específica do campo de Freud e Lacan. Ela opera com o conceito de sujeito e considera a subjetividade nas suas dimensões inseparáveis: o plano social e o psíquico, que não possuem solução de continuidade. Se o ser humano é considerado enquanto sujeito, ele não pode ser coisificado, objetificado, ele deve ser tratado a partir da sua singular condição de ser desejante e construtor do próprio percurso.

Na Atenção Psicossocial, tal como se postula aqui, é preciso questionar e superar a *dicotomia sujeito-objeto*. O ser humano nunca deve ser concebido como objeto, pois sua condição de sujeito lhe é essencial e não pode ser escamoteada, ocultada nem negada. Se o outro é sujeito, não se pode saber por ele, nem o submeter a relações

de ensino, de governo e de tratamento que o colocam no lugar de objeto, que o coisificam.

O modo de organização das equipes nos estabelecimentos institucionais busca a horizontalidade, modalidade que também incide no sentido da relação dos trabalhadores com os sujeitos atendidos. As ações são realizadas junto com o sujeito, não por e nem para ele, por meio de práticas que possibilitam sua implicação subjetiva e sociocultural. Os efeitos éticos promovidos são o reposicionamento subjetivo e a implicação sociocultural.

O psicólogo psicossocial é um profissional que possui uma formação complexa, devendo ser informado pelo materialismo histórico, avisado pela Análise Institucional (AI), prevenido pela Filosofia da diferença e, sobretudo, precavido pela Psicanálise do campo de Freud e Lacan, para realizar práticas de intercessão norteadas por uma ética que possibilita aos sujeitos se reposicionarem, a partir do tratamento do *real* pelas ferramentas do *simbólico* e do tratamento do social pelos instrumentos da política nas conflitivas que atravessam e que os atravessam, visando promover implicação subjetiva e sociocultural (Costa-Rosa, 2000, 2011). Considera-se que há especificidades que distinguem clínica e política, mas elas podem estar articuladas, sem se anularem ou excluírem mutuamente.

A clínica na Atenção Psicossocial é discutida por autores que *não incluem a clínica lacaniana do sujeito*, tais como Amarante (2003), Vieira Filho e Nóbrega (2004), L. B. C. Silva (2005), França (2008), M. Souza (2008), Yasui (1999, 2010), Vieira Filho e Rosa (2011), Luzio e Sinibaldi (2012), Argiles (2012), permanecendo limitados numa perspectiva que inclui discussões institucionalistas, genealógicas e cartográficas. Mas há outros que *a incluem de modo imprescindível* tais como, por exemplo, Santos (2001), Figueiredo (2002), Motta (2003), Alberti e Figueiredo (2006), Rinaldi (2005, 2006), Azeredo e Canavêz (2007), Rinaldi e Bursztyn (2008), Victor (2009), Victor e Aguiar (2011), Costa-Rosa (2013a), Périco (2014), Barleta (2015), Aguiar (2016), Bueno (2016).

O termo "cuidado" também é característico na literatura sobre a clínica da Atenção Psicossocial, mas nessa perspectiva, ele possui

seus próprios matizes. Encontramos diversos trabalhos que incluem o significante "cuidado" nesse âmbito e há autores que tematizam o cuidado clínico sem aludir à Psicanálise lacaniana, tais como Costa (1996), Silveira e Vieira (2005), Rocha (2013). No entanto, vários outros autores discutem a possibilidade de uma clínica do cuidado na Atenção Psicossocial que se pautaria pela Psicanálise lacaniana, problematizando, em alguns casos, o tema do *sujeito de direitos da clínica ampliada*, tais como: Ferreira (2000), Dassoler e Palma (2011), Bueno (2015), Costa-Rosa (2011, 2013b), Tenório, Costa-Moura, Lo Bianco (2017).

A Atenção Psicossocial e a clínica do sujeito numa vertente singularizante

Consideramos que a Psicologia Clínica e a Psicanálise constituem campos diversos e diferentes. De acordo com Kaufmann (1996, p.708), a Psicologia Clínica "se propõe a uma ação curativa em situações menos graves do que aquelas em que se recomenda a psicanálise". A Psicologia Clínica convencional se caracterizaria por uma grande valorização da personalidade individual do sujeito, embora com base em sua observação direta. Porém não ambicionaria levar a investigação dos problemas até o nível inconsciente, nem instrumentalizaria tecnicamente a transferência.

Diferentemente dessas modalidades clínicas psicológicas tradicionais e ampliadas, há também uma clínica do sujeito do inconsciente que se pauta pelo discurso psicanalítico, particularmente, pelo discurso do campo de Freud e Lacan (Fink, 1998, 2018; Cabas, 2009). Trata-se de uma clínica dos processos de subjetivação com suas modalizações e impasses típicos, que são sempre subjetivos e sociais ao mesmo tempo (Sanches, 2015). O psicólogo clínico avisado e instrumentalizado pela teoria e técnica dessa perspectiva psicanalítica pretende não incorrer em uma moralização da conduta (Chaves, 2012) ou em um processo educativo nem sequer visaria produzir efeitos terapêuticos curativos *a priori* no outro. Embora o

campo dos fenômenos tenha sua importância, eles não constituem o objeto que seria tomado como aspecto fundamental, mas o que interessa para a Psicanálise se localiza no plano da fala enquanto discurso, sendo que é preciso ter ouvidos para escutar o que se diz (Dunker, 2011a, 2012; Barroso, 2015).

Pode-se definir a clínica da Atenção Psicossocial como a clínica da escuta: é a clínica do sujeito desejante, do sujeito do inconsciente, a partir do campo de Freud e Lacan, fundada nos operadores conceituais que incluem a intercessão, a subjetividade, os processos de constituição subjetiva, a escuta do sujeito, entre outros. Ela parte de uma premissa básica e fundamental: há uma radical articulação institucional entre as dimensões social e política do indivíduo enquanto ator social e cidadão e do sujeito do inconsciente que ele suporta (Melman, 1992). A subjetividade é tomada como um conceito, na acepção psicanalítica específica, que postula que a realidade psíquica possui uma consistência moebiana, é uma dobra sem solução de continuidade na qual as categorias de "interioridade psíquica" e "exterioridade social e histórica" não são pertinentes (Olgivie, 1988).

Nessa perspectiva, de um modo sintético, o ser humano é tomado enquanto cidadão e também como sujeito do desejo inconsciente. É necessário explicitar que a Psicanálise do campo de Freud e Lacan não se confunde, sobretudo, com a Psicologia do ego, que fundamenta as práticas tradicionais da Psicologia. Ressaltamos que a Psicanálise, tal como postulada por Jacques Lacan, é radicalmente transdisciplinar e se instrumentaliza a partir de uma ética da subjetividade singularizada (Dor, 1989, 1991, 1996; Fink, 1998, 2018; Elia, 2004; Cabas, 2009).

Considerando os processos de subjetivação e as exigências para uma atuação clínica na Saúde Mental Coletiva, é fundamental consolidar uma rede mínima de conceitos psicanalíticos, ampliando e aprofundando a apropriação do campo psicanalítico pelos trabalhadores. Trata-se de se situar no campo teórico da Psicanálise e de compreender sua aplicação teórica e clínica. Para tanto, é fundamental conhecer as diferentes problemáticas, classicamente referidas como psicopatologia psicanalítica, dando ênfase, sobretudo,

aos seus desdobramentos pós-freudianos na perspectiva de Lacan e continuadores: a modalidade de subjetivação por recalcamento/Verdrängung e suas submodalizações, a modalidade de subjetivação por foraclusão/Verwerfung e suas submodalizações, a modalidade de subjetivação por renegação/Verleugnung e suas submodalizações.

Nesse modelo de atenção, postula-se inicialmente que (1) há um processo de subjetivação radical[18] e da hipótese da Psicanálise de Freud e Lacan sobre suas modalizações possíveis e (2) a subjetivação também é considerada como processo contínuo associado às modalizações, com seus impasses cotidianos e inclusive com impasses radicais (os diferentes tipos clínicos). Parte-se da compreensão do processo da constituição da realidade psíquica e de suas diferentes modalidades, tal como explicitado pela teoria psicanalítica de Freud e Lacan. Essa configura a base para a compreensão das problemáticas relacionadas com a diversidade das ocorrências na clínica contemporânea. Apropriar-se de tais questões seria fundamental para um trabalhador que vai atuar nas políticas públicas de modo geral ou, mais especificamente, na Saúde Mental, buscando operar na perspectiva da Atenção Psicossocial.

Conclusão

Neste ensaio, nossa pretensão consistiu em apresentar uma análise por meio da qual buscamos distinguir algumas das diversas modalidades ou figuras da clínica na Psicologia na contemporaneidade. Para tanto, foi necessário desenhar certos modelos paradigmáticos e procurar esboçar os contornos de algumas de suas

18 O sujeito do inconsciente possui uma realidade psíquica e uma realidade social, ambas de consistências moebianas. A realidade psíquica se forma a partir do discurso do outro, de onde o sujeito recolhe os significantes com os quais se identificará. A realidade social, igualmente é uma realidade discursiva, que antecede o sujeito e é determinante para sua constituição, haja vista que, conforme propõe Lacan, "O Discurso estrutura o mundo real" (Lacan, 1992, p.16). Assim, assimilamos o campo do outro como subjetivo e social.

submodalidades, buscando obter um pouco de clareza quanto à complexidade do campo *psi* na atualidade, particularmente no da clínica. Entre outras questões pertinentes, na literatura pudemos encontrar diversos adjetivos que poderiam ser localizados no conjunto ou modalidade do que se denomina de "Psicologia Psicossocial": abordagens psicossociais, clínica psicossocial, clínica ampliada, clínica crítica, clínica da diferença, clínica do sujeito, enquanto tentativas e/ou possibilidades de superar os aspectos disciplinares da Psicologia convencional e sua clínica tradicional. O que caracteriza de modo estrutural a Psicologia convencional e sua clínica tradicional é o paradigma disciplinar com suas possibilidades e efeitos. Alterações e modificações que não atinjam esse plano fundamental permanecerão apenas como mudanças cosméticas pouco efetivas. Entendemos que buscar estabelecer tais distinções seria importante para que os psicólogos possam se orientar quanto às possibilidades, aos limites e aos efeitos éticos das suas práticas.

Nossa estratégia consistiu em apresentar coordenadas históricas conjunturais e também parâmetros lógicos e históricos estruturais, procurando recortar os diversos modelos paradigmáticos de práticas clínicas que podemos encontrar na atualidade, com base em uma ampla literatura disponível. A análise paradigmática das práticas clínicas nos permitiu formular os modelos da clínica convencional, da clínica ampliada, da clínica da diferença, da clínica da Atenção Psicossocial, bem como caracterizar algumas de suas submodalidades.

Sabemos que a clínica *psi* pode ser realizada no consultório particular, de modo privado, em clínicas-escolas de universidades e que atendimentos clínicos também são realizados no âmbito da Saúde Pública enquanto política pública social de responsabilidade do Estado, nos seus diversos níveis. As teorias psicológicas que podem fundamentar as muitas variações da clínica podem ser escolhidas pelos psicólogos – ao longo de seu processo formativo – pelos mais diversos motivos. Nada obriga que um psicólogo seja orientado pelo pensamento behaviorista, rogeriano ou qualquer outro. Talvez seja certo que boa parte dos psicólogos formados não venha a trabalhar na área e talvez nem mesmo no consultório particular. Muitos

provavelmente vão fazê-lo. Pode ser que diversos deles ingressem como trabalhadores concursados e/ou contratados em prefeituras municipais, indo trabalhar nas áreas da Educação, da Saúde ou da Assistência Social, entre outras.

Nossa hipótese é de que um psicólogo que vai trabalhar nas políticas públicas de Saúde, de Saúde Mental, de Educação ou de Assistência Social, entre outras, poderia se interessar pelo paradigma transdisciplinar e pela Atenção Psicossocial que lhe ofereceriam instrumentos teóricos, técnicos, políticos e éticos relevantes para uma atuação implicada e pertinente, possibilitando-lhe operar com uma clínica crítica. Nesse trabalho, dadas as dificuldades de apresentar sistematizações e caracterizações precisas quanto às diferentes referências teóricas e aos procedimentos técnicos das complexas clínicas *psi* na contemporaneidade, buscamos desenhar algumas figuras paradigmáticas possíveis, esboçando alguns de seus traços, de modo a poder diferenciá-las.

Também entendemos que a esquizoanálise e as psicanálises compõem campos singulares distintos e independentes da área da Psicologia acadêmica e da sua clínica. Essas três vertentes possuem sua própria originalidade e autonomia, compondo universos discursivos próprios e operadores concretos e distintos. Não há por que os confundir nem procurar amalgamá-los de modo eclético e superficial. Mas se a esquizoanálise e as psicanálises, a rigor, não precisam da Psicologia acadêmica, ambas – em suas diversas vertentes – influenciam bastante esse campo e muitos psicólogos buscam nelas referências para orientar suas diversas práticas e, sobretudo, seu trabalho clínico, tanto no consultório particular quanto nos atendimentos clínicos psicossociais na área da Saúde Mental, ofertados em estabelecimentos públicos.

Tais conhecimentos permitiriam que um psicólogo psicossocial pudesse se orientar eticamente no seu trabalho, no sentido de promover a singularização subjetiva e sociocultural. Desse modo, poderia realizar práticas de intercessão diversas, nas quais:

acolheria atendendo e escutando, atento e precavido pela Psicanálise do campo de Freud e Lacan com relação aos processos de

constituição subjetiva, suas modalidades estruturais, suas sobremodalizações quanto aos tipos clínicos, bem como os diferentes impasses que envolvem as várias inflexões na subjetividade e no sofrimento psíquico na atualidade;

- adotaria uma perspectiva politizada e avisada pelo materialismo histórico na consideração dos processos históricos de produção das desigualdades que se expressam na luta de classes;
- incluiria os marcadores de gênero e étnicos que se imbricam com os de classe para uma abordagem complexa da produção das desigualdades no contemporâneo, a partir do plano das relações de poder disciplinar e de controle dispersos pelo tecido social e suas modalidades de produção de subjetividade, tal como caracterizados pela Filosofia da diferença;
- consideraria o plano institucional como mediação essencial para a promoção de possibilidades de equacionamento dos problemas, dos impasses e das demandas, com base nos autores da Análise Institucional.

As razões que nos levaram a escrever este texto incluem esses aspectos e uma necessidade pessoal de tentar obter alguma clareza num tema realmente complexo, difícil de ser apreendido e bastante intrincado. Buscamos nos situar e talvez nossas tentativas de formalizar e sistematizar algumas figuras e subtipos da clínica *psi* sejam úteis também para outros psicólogos e para os estudantes da área.

Conclusões gerais

> *"Chamamos de práxis este fazer no qual o outro ou os outros são visados como seres autônomos [...]. Existe na práxis um por fazer, mas este por fazer é específico: é precisamente o desenvolvimento da autonomia [...] a práxis é por certo, uma atividade consciente, só podendo existir na lucidez; mas ela é diferente da aplicação de um saber preliminar (não podendo justificar-se pela invocação de um tal saber – o que não significa que ela não possa justificar-se)"*
>
> *(Castoriadis, 2000, p.94-95)*

Nossa atuação como psicólogo clínico e inquietações com a Psicologia enquanto um amplo campo de saberes e práticas, "como um campo de dispersão" (Figueiredo, 2009, p.9), com destaque para a Clínica, exigiu que considerássemos quais seriam os pressupostos ontológicos, antropológicos e epistemológicos que lhes são constitutivos. Entendemos que, para buscar um certo equacionamento do fenômeno da clínica *psi*, a Psicologia precisa incluir em seus discursos e práticas a consideração de diversos planos importantes: a dimensão histórica, política, econômica e social explicitada por *Marx*, tanto no

plano estrutural quanto conjuntural; o plano das *instituições*, com seus discursos, práticas e efeitos éticos com o auxílio da Análise Institucional; o problema do imbricamento microfísico de saberes e poderes na produção de sujeitos conforme a arqueologia e a genealogia de *Foucault*; a perspectiva cartográfica de Deleuze e Guattari, e também a dimensão da "realidade psíquica" e do plano do inconsciente tal como postulados na perspectiva de *Freud* e *Lacan*.

Certamente, para nos orientarmos no "arquipélago conceitual e tecnológico" (ibidem, p.17) composto pela Psicologia e pela clínica psi, é importante evitar tanto o dogmatismo quanto o ecletismo. "No primeiro caso, o psicólogo em formação ou já formado tranca-se dentro de suas crenças e ensurdece para tudo que possa contestá-las. No segundo, adota indiscriminadamente todas as crenças, métodos, técnicas e instrumentos disponíveis de acordo com sua compreensão do que lhe parece necessário para enfrentar unicamente os desafios da prática" (ibidem, p.18).

Nosso percurso formativo e nossa experiência profissional na área da Psicologia Clínica nos levaram a não desqualificar de antemão teorias diversas e também a evitar "uma posição ingenuamente empirista" (ibidem,p.18-19), pois são as teorias que também ajudam a dar inteligibilidade às experiências, sobretudo quando são construídas a partir da práxis do próprio trabalhador. Trata-se de procurar formalizar nossa própria práxis possivelmente intercessora enquanto docente, pesquisador, supervisor e orientador, no âmbito da Psicologia Clínica, atuando na universidade e no campo das políticas públicas de Assistência Social e também para crianças e adolescentes.

Procuramos explicitar e formalizar algo que poderia ser denominado de "conhecimento tácito" ou de "saber de ofício" que seriam específicos da condição dos psicólogos clínicos, atentos às observações críticas de matiz marxianas, foucaultianas, esquizoanalíticas, psicanalíticas e, principalmente, quanto à importância da consideração dos efeitos éticos das mais variadas práticas e discursos psicológicos que se materializam nas instituições e nos estabelecimentos que os trabalhadores contribuem para construir no campo social.

Realizar essa investigação exigiu que fizéssemos uma grande busca por bibliografia sobre a clínica *psi*. As teses, dissertações, livros, capítulos de livros e artigos científicos encontrados sempre nos remetiam a numerosos outros que também recolhemos. Essa pesquisa bibliográfica funcionou como uma bola de neve e, ao longo do tempo, nosso arquivo de textos foi crescendo bastante. Ao realizarmos um trabalho de leitura do material, buscamos selecionar os diversos textos encontrados e fomos criando algumas categorias analíticas que nos permitiram ir separando e distinguindo diferentes vertentes da clínica no campo da Psicologia.

O arquivo geral denominado de "coleção bibliográfica da pesquisa" foi sendo, por sua vez, dividido em categorias, conforme íamos encontrando textos diversos: clínica ampliada, clínica centrada na pessoa, clínica da diferença, clínica da urgência, clínica dialética, clínica fenomenológica, clínica do cuidado, clínica do ego, clínica do olhar, clínica do sujeito, clínica e hipermodernidade, clínica da Atenção Psicossocial, ética e clínica, paradigmas em Psicologia. A riqueza dessa investigação consistiu na compilação de material volumoso que, embora não seja exaustivo, pode ser considerado representativo do debate contemporâneo sobre a multiplicidade da clínica *psi*.

Partimos de nossa experiência e inserção no campo, como psicólogo clínico e docente de um curso de graduação e de pós-graduação em Psicologia, localizados num departamento de Psicologia Clínica. Nossa orientação pessoal procurou pautar-se pelo Paradigma Psicossocial (PPS) e da sua perspectiva correspondente, a Atenção Psicossocial – conjunto singular de práticas e saberes, com suas dimensões teóricas e técnicas, políticas e éticas, institucionais e subjetivas. Foi a partir dessa perspectiva que buscamos estudar a Psicologia, enquanto ciência e profissão, como instituição que faz dispositivos de produção de subjetividade, enquanto também cria atores sociais particulares, focalizando as práticas clínicas *psi* em suas diversas possibilidades, modelos de atenção e efeitos éticos.

Encontramos no conceito de subjetividade uma possibilidade de articular de modo complexo as questões que nos interessavam,

incluindo os planos epistemológicos e os efeitos éticos da Psicologia, particularmente no que diz respeito à clínica. O termo "subjetividade" vem ocupando um espaço crescente no campo da Psicologia e costuma ser tomado em muitos sentidos que também precisam ser explicitados. Procuramos contribuir um pouco com esse debate. Tomamos o termo "subjetividade" como um conceito analítico, a partir de uma acepção complexa que incluísse e permitisse operar com as perspectivas marxianas, foucaultianas e lacanianas, de modo a podermos operar desde uma racionalidade clínica radicalmente ética. O conceito de subjetividade, tal como o postulamos, supera o plano representacional (verdade como adequação ou correspondência sujeito-objeto), pois inclui de modo complexo a realidade pessoal e social, histórica e inconsciente, estrutural e singular.

Trabalhamos com a hipótese de que o conceito de subjetividade nos permitiria estabelecer um plano de análise bastante preciso e radical sobre o campo da Psicologia como ciência e como profissão. É importante observar que o tema da subjetividade é tratado por diferentes autores, sob vários pontos de vista, tais como Foucault, Deleuze e Guattari e Lacan, entre outros, que apresentam aspectos específicos e singulares, divergentes e irredutíveis entre si, mas também com alguns possíveis pontos de contato, evitando ecletismos ligeiros.

Tomando o conceito de subjetividade como um operador analítico, foi possível avançar na construção de um mapeamento das diferentes práticas presentes no campo *psi*, com a intenção de ultrapassar coordenadas meramente aleatórias, históricas e conjunturais, em direção a coordenadas lógico-estruturais, que nos permitiram construir análises conceituais mais consistentes sobre a clínica *psi*. Sobre o tema da subjetividade, buscamos discutir, sobretudo, a perspectiva marxista, a de Foucault, a da Psicanálise do campo de Freud e Lacan e também a da esquizoanálise, pois nos pareceram as mais relevantes no conjunto do material colecionado.

A partir de uma ampla pesquisa documental e bibliográfica, produzimos um conjunto de ensaios científicos por meio dos quais apresentamos nossas análises, buscando avançar na problematização da clínica no campo da Psicologia. O conjunto dos ensaios é desigual,

consistindo na apresentação de prismas diferentes sobre o tema da clínica no campo da Psicologia. Em cada um deles, procuramos discutir problemas que nos permitissem uma aproximação complexa, abordando aspectos diferentes e suplementares da clínica *psi*.

No primeiro ensaio, dedicado ao tema da constituição do sujeito e da produção da subjetividade no debate contemporâneo, colecionamos um conjunto de textos que foram arrolados nas referências finais. Encontramos diversos trabalhos, pautados em várias perspectivas diferentes que abordam o problema. Selecionamos o autor Michel Foucault e procuramos aprofundar uma análise sobre o problema do sujeito e da subjetividade no seu pensamento. Provocados pela discussão foucaultiana que é bastante crítica com relação à Psicanálise e à Psicologia, apresentamos algumas questões sobre esse debate. Foucault parece um autor realmente fundamental para uma discussão crítica da clínica *psi* na atualidade.

No segundo ensaio, partindo de uma problematização da Psicologia como ciência disciplinar – fazendo caso das observações críticas de Foucault – e descrevendo suas possibilidades teóricas e técnicas de intervenção, constatamos seus limites paradigmáticos e efeitos éticos na produção da normalidade social. Como a Psicologia poderia buscar superar as determinações disciplinares que lhe são classicamente constitutivas? A emergência do conceito de subjetividade na área da Psicologia disciplinar estaria produzindo uma subversão nesse campo, numa perspectiva transdisciplinar. Nessa direção, sem necessariamente desconsiderar algumas outras, procuramos apresentar as contribuições da Psicanálise do campo de Freud e Lacan como referências teóricas, técnicas e éticas fundamentais para instrumentalizar de modo singular um psicólogo que se pretenda não disciplinar, sobretudo, no contexto das instituições públicas. O psicólogo psicossocial, quando devidamente precavido, avisado e orientado por uma ética *outra*, teria condições de, partindo de uma contextualização do sintoma social dominante no contemporâneo, operar e interceder por meio de uma escuta ao sujeito do sofrimento que seja capaz de promover processos de implicação subjetiva e sociocultural singularizantes. Para se tentar "alcançar em seu

horizonte a subjetividade de sua época" (Lacan, 1998a, p.322), seria necessária uma grande capacidade de percepção, uma fina acuidade: a) transferencial, atentos ao plano pulsional; b) institucional; c) política; d) micropolítica.

No terceiro ensaio, procuramos problematizar a Psicologia Clínica a partir da perspectiva de uma clínica crítica que inclui a Psicanálise do campo de Freud e Lacan. Funcionando como crivo e corte epistemológico, a tematização do psicológico e do psíquico como subjetividade e – sobretudo, enquanto processos de subjetivação – possibilitou discriminar e localizar diferentes tipos de práticas *psi*, conforme estejam aquém desse conceito e, portanto, o ignorem, ou, tomando-o em consideração, busquem instrumentalizá-lo de diversos modos. Compulsando um amplo conjunto de textos, encontramos elementos que nos permitiram distinguir uma *clínica do olhar*, uma *clínica do cuidado* e uma *clínica da escuta do sujeito*, apresentado alguns exemplos. Procuramos discriminar e caracterizar tais tipos de clínica por meio de alguns parâmetros analíticos: a concepção de objeto, os modelos de atenção criados para lidar com ele e seus efeitos éticos. Pode-se considerar que em geral, na atualidade, o lugar ético possível para o psicólogo estaria oscilando entre a tutela normalizadora, o agente político e a Atenção Psicossocial. Para explicitar essa questão, apresentamos uma análise sobre as modalidades de clínica possíveis, indicando seus possíveis subtipos e variações não contraditórias, bem como suas éticas e os efeitos produtivos derivados em termos de subjetividade.

No quarto ensaio, a imersão na bibliografia nos permitiu dar novas voltas ao tema da clínica *psi*. A clínica *psi* inclui a *Psi*quiatria, a *Psi*cologia e a *Psi*canálise. As três possuem características bastante singulares e algumas delas se superpõem, sobretudo, constatamos que a Psicologia tende a se inspirar no modelo médico e também no psicanalítico. Numa abordagem em espiral, retomamos a problematização das práticas em Psicologia Clínica e, para tanto, partimos de algumas considerações sobre a dimensão institucional da clínica na Psicologia como ciência e profissão. Procuramos responder a algumas perguntas: como poderíamos caracterizar as diversas práticas

clínicas e como distingui-las umas das outras? Elas são todas iguais e equivalentes? São apenas concorrentes e alternativas entre si, sem maiores especificidades? Seriam contraditórias umas com as outras? Seriam contrárias no sentido dialético? Nossas investigações nos levaram a construir três categorias analíticas quanto às diferentes práticas de Psicologia Clínica na área social: *intromissão, intervenção* e *intercessão*. Caracterizamos o dispositivo como uma máquina lógica que produz determinados efeitos, operando na produção de subjetividade e construímos as figuras de quatro dispositivos distintos: o intromissor, o interventor, o cartográfico e o intercessor, sendo que cada um implementaria práticas clínicas diversas na Psicologia, apresentando também seus efeitos éticos específicos. Entendemos que tais considerações permitiriam que os trabalhadores da Psicologia pudessem se orientar quanto ao dispositivo que subsidia seu fazer/saber profissional.

No quinto ensaio, para compreendermos o campo *psi* em sua multiplicidade e complexidade, representado por um conjunto de trabalhos variados que compõem uma ampla amostra da literatura disponível sobre o tema, utilizamos uma análise paradigmática que nos permitiu construir o esboço de algumas figuras da clínica *psi*. Caracterizamos a Psicologia Convencional e sua clínica tradicional, a Psicologia Psicossocial e sua clínica ampliada – situadas no paradigma disciplinar –; a clínica da diferença e a clínica da Atenção Psicossocial – localizadas no paradigma transdisciplinar. Também procuramos localizar algumas de suas submodalidades, enquanto possibilidades e variações de uma mesma figura paradigmática.

Nossa hipótese é de que um psicólogo que vai trabalhar nas políticas públicas de Saúde, de Saúde Mental ou da Assistência Social – entre outras políticas públicas – poderia se interessar pelo paradigma transdisciplinar e pela Atenção Psicossocial, que lhe ofereceriam instrumentos teóricos, técnicos, políticos e éticos relevantes para uma atuação implicada e pertinente. Neste trabalho, uma de nossas contribuições consistiu em apresentar ao leitor uma compilação de autores das diferentes referências teóricas e que fundamentam os procedimentos técnicos das clínicas *psi*. Sistematizando tais teorias,

buscamos desenhar algumas figuras paradigmáticas possíveis que permitem entender o campo, seus movimentos e sua complexidade.

Entre muitos problemas, um que se destacou diz respeito à pluralidade e complexidade do campo *psi*. Nossa abordagem considerou a dimensão epistemológica e paradigmática do campo, focalizando o tema da clínica e de suas diversas possibilidades. Se esse plano de análise que adotamos possui seus limites, pensamos que ele também tem sua utilidade, reconhecendo que não é possível encerrar um debate certamente muito complexo, sem considerar diversos planos analíticos.

A Psicologia Clínica que buscamos investigar não se reduzia à psicoterapia, ao tratamento, ao psicodiagnóstico nosográfico/fenomenológico, à psicopatologia, às teorias *psi* e suas implementações técnicas. Ao final do nosso percurso, a partir dos problemas epistemológicos que nos colocávamos na práxis e diante da ampla literatura que colecionamos e lemos, Dunker (2011a) trouxe novas questões, ao apontar a "[...] importância de distinguir, no espectro mais amplo do tratamento (*Behandlung*) as noções de cura (*Kur*), de psicoterapia (*Psychoterapie*) e clínica (*Klinic*)", esclarecendo ainda que "[...] tais noções formavam zonas de compromisso como se verificou na noção de restabelecimento (*Heilung*), localizada entre a cura e a terapia, bem como a noção de saúde (*Genesung*), localizada entre a clínica e a cura" (Dunker, 2011a, p.607). Práticas de cura, psicoterapia e clínica nos parecem significantes importantes que nos permitem distinguir problemas que se mesclam na complexidade híbrida da Psicologia Clínica: "Se tratamos sempre do sujeito é possível que como clínicos nos dediquemos aos seus sintomas, como psicoterapeutas ao seu sofrimento e como práticos da cura ao seu mal-estar (*Unbehagen*)" (ibidem, p.614-615).

Os vários campos institucionais tais como são os da Medicina, da Psiquiatria, da Psicologia, da Psicanálise, da Terapia Ocupacional, da Psicopedagogia etc., podem fazer dispositivos clínicos que se materializam sob as mais diversas formas. O consultório privado, tanto médico/psiquiátrico, quanto psicológico ou psicanalítico seria um deles, funcionando como modelo e figura principal para outras

áreas. Mas é preciso considerar que o modelo do consultório também está incluído no contexto da Saúde como política pública bem como outras numerosas estratégias clínicas que pretenderiam superar e ampliar esse modelo clássico tradicional: o acompanhante terapêutico (AT), as práticas clínicas grupais, o consultório na ou de rua, as oficinas, as rodas de conversa etc.

Em um sentido amplo, a clínica pode ser pensada como dispositivo por meio do qual se efetuam concretamente muitas das práticas de atenção dessas áreas diversas. Consideramos que a clínica é constituída por uma lógica própria, por uma série de normas, de regras de procedimentos, configurando um enquadramento que supostamente permite que diversos atores operem sobre diferentes objetos, tais como os seguintes: a doença orgânica, o transtorno mental, a dimensão psíquica, o inconsciente, a atividade humana, as dificuldades e problemas de aprendizagem, as emoções, os sentimentos e afetos etc. Vamos apresentar alguns exemplos bastante esquemáticos e algo caricaturais dessas várias possibilidades de atuação clínica que precisam ser superadas e subvertidas.

A Medicina e a clínica médica fazem intervenções curativas sobre o corpo doente, por meio de exames clínicos e laboratoriais, da realização de procedimentos cirúrgicos e predominantemente pelo uso de medicação, visando extirpar a doença, abolir o sofrimento, curar a dor, salvar e prolongar a vida.

A Psiquiatria organicista e biologizante postula que seriam alterações químicas neuronais cerebrais, tanto por sua falta quanto por seu excesso, as causas produtoras das chamadas "doenças mentais", "distúrbios" ou "transtornos psíquicos" que devem ser tratados, quase que de modo exclusivo, com medicação. Buscaria promover sua cura, pretendendo reestabelecer as condições de normalidade do indivíduo.

A Psicologia behaviorista, alinhada com as teorias cognitivo/comportamentais, considera que condutas disfuncionais dos indivíduos precisam ser corrigidas, pois seriam produzidas por pensamentos e crenças inadequadas que poderiam ser alterados com medicação e também pelo treinamento por meio da terapia cognitivo/

comportamental, empregando estímulos adequados e reforçamento positivo.

A Psicologia que se alinha com perspectivas humanistas e fenomenológicas também realiza procedimentos clínicos, utilizando, sobretudo, da comunicação por meio da conversa, instrumentalizando a palavra e promovendo um diálogo, uma conversação terapêutica, exercitando uma acolhida afetuosa e oferecendo suporte e continência emocional, bem como orientação e conselhos.

A Terapia Ocupacional tem como foco as diversas formas de atividade humana, sobretudo as relacionadas com o trabalho, operacionalizando uma clínica por meio do desenvolvimento de técnicas que habilitam e reabilitam o indivíduo trabalhador para que o processo de trabalho seja realizado de modo adequado, geralmente numa perspectiva adaptacionista.

A Psicopedagogia procura intervir nas queixas relacionadas com problemas de aprendizagem escolar por meio de diversos procedimentos clínico-educativos junto aos alunos que supostamente apresentam dificuldades psicológicas que impediriam a aprendizagem.

As práticas de atenção assistencialistas pedagógico-terapêuticas que podem ser encontradas na área da Assistência Social, sendo desenvolvidas em Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) e nas entidades assistenciais públicas e privadas, caracterizariam uma ampliação da clínica *psi* de matiz despolitizado e psicologizante tutelador.

A Psicanálise do campo de Freud e Lacan institui uma clínica na qual o psicanalista operaria intercessões no plano do simbólico, visando conduzir um processo analítico no qual o outro, o analisante, deve ocupar o lugar do trabalho e buscar construir um saber/fazer com seu próprio sofrimento/sintoma, visando o cuidar-se.

É comum confundir a clínica e, inclusive, reduzi-la ao equipamento consultório, considerando-se que clínica seria igual a consultório, sobretudo, privado e uniprofissional e que nela seriam operacionalizadas diversas modalidades de terapia e de tratamento. A psicoterapia poderia ser considerada como a estrela principal do

palco *psi*: psicológico, psiquiátrico, psicanalítico. Na área da Psicologia Clínica tradicional, a psicoterapia, nas suas numerosas formas e possibilidades, também seria o personagem principal. Esse seria seu procedimento por excelência, visando promover o tratamento de modo a obter a cura, a reabilitação, a ressocialização, o equilíbrio e o bem-estar. Mas se a clínica como dispositivo não se confunde com a figura do consultório, tampouco se reduz à psicoterapia como técnica privilegiada.

Se a clínica pode ser considerada hegemonicamente terapêutica, normalizadora e adaptativa, subvertê-la significa que o mais terapêutico que se pode fazer inclui, necessariamente, ampliar e enfatizar sua dimensão política. Clínica e política se articulam em tensão, sendo que cada perspectiva clínica possui sua política e, por hipótese, elas não seriam iguais nem produziriam os mesmos efeitos.

A política da Psicologia, enquanto campo disciplinar científico e profissional, visa à despolitização psicologizante dos problemas em geral, sobretudo, dos assim chamados "problemas sociais". Espera-se que o psicólogo faça intervenções terapêuticas, contudo elas seriam enviesadas pela alienação (Périco, 2014). Mas no contexto da sociedade pautada pelo Modo Capitalista de Produção, com todos os seus numerosos efeitos nefastos, não haveria nada mais terapêutico do que a política, na perspectiva da produção social da Saúde, num amplo horizonte de construção da cidadania para todos.

É possível fazer clínica sem consultório ou para além dele, pois sustentar um certo posicionamento clínico e ético representaria a possibilidade de operar alguns efeitos importantes nos contextos institucionais nos quais os diversos profissionais atuam, a partir da oferta de uma intercessão-escuta.

Pode parecer óbvio, mas é preciso dizer: muito ajuda quem não atrapalha, embora isso ainda seja bem pouco. Quem não sabe onde está, nem pode explicar o que está fazendo, por que, como e para que o faz, certamente está perdido. Pode não saber, mas está desorientado. No pior dos casos, poderia ser um cínico inconsequente. Pode "estar correndo muito bem, mas é uma pena que esteja na direção errada", como diz o ditado popular. Quem não tem clareza

paradigmática, não sabe para onde ir e nem como vai chegar lá. Para alguém assim, realmente, tanto faz, de certo modo! É certo que para quem não sabe para onde ir, qualquer caminho serve. Mas se o trabalhador *psi* tem alguns objetivos claros, é preciso entender que não seriam quaisquer caminhos que poderiam levá-lo a esse lugar. Ora, é preciso exigir mais do que simplesmente "não atrapalhar" de quem é profissional diplomado, concursado e assalariado, é preciso que sua ação seja efetiva e eticamente orientada, na contramão da posição cínica e indiferente.

Conhecer bem a clínica e suas dimensões teóricas, técnicas, políticas, éticas e institucionais, incluindo a modalidade de consultório e também as possibilidades e limites das diferentes modalidades de psicoterapias, permitiria ao trabalhador *psi* evitar os processos de psicologização, bem como os de pedagogização, os de sociologização, os de patologização e de medicalização das queixas, das demandas e dos problemas com os quais se ocupam os profissionais *psi*. Tais processos têm como finalidade produzir o esvaziamento da dimensão política que seria um elemento constituinte essencial dos problemas sociais e, ainda, escamotear o plano das relações nas quais saberes e poderes se imbricam na produção de realidade social e histórica, na criação dos mais diversos atores sociais e dos processos de produção de subjetividade.

Desde a perspectiva do materialismo histórico, a contradição principal que percorre a sociedade de alto a baixo é a que vige entre capital e trabalho, esgarçando o tecido social por meio da expansão dos interesses do mercado que geram e intensificam a desigualdade social. Essa contradição fundamental se expressa por meio do conceito da luta de classes, no plano da política. As demais contradições sociais seriam semblantes que remeteriam a essa primeira contradição fundamental: fazer-pensar, conhecer-poder, teoria-prática, problema-solução, indivíduo-sociedade, saúde-doença, doença-cura, loucura-sanidade, cidadania-pobreza.

As diversas modalidades de produção de estratégias institucionais de ocultação e de distorção/transformação/manipulação instrumental do plano essencial da política como contexto mais amplo

no qual os problemas sociais devem ser situados, seriam as seguintes: a *moralização*, própria do senso comum e do seu núcleo mais preconceituoso, culpabilizador e estigmatizante, podendo incluir o fanatismo e o fundamentalismo religioso, bem como o proibicionismo, o capacitismo, o machismo e o racismo; a *pedagogização terapêutica* das relações sociais; a *sociologização homeostática* de viés funcionalista e/ou sistêmico das relações sociais; a *medicalização e a medicamentação* (fármaco) da vida social; a *psiquiatrização patologizante* que promove a manicomialização; e a *psicologização psicopatologizante* da vida social, promovendo processos de psicoterapeutização do sofrimento social.

Tais possibilidades estratégicas podem se combinar, se superpor e algumas podem se apresentar de modo hegemônico. Esses termos indicam importantes processos que ocorrem na sociedade de segurança contemporânea, podendo subsidiar também as práticas de cuidado que visam ao controle disciplinar dos indivíduos e da regulação biopolítica da população que se movimenta no espaço aberto do território, fazendo uso de sua liberdade, no contexto da democracia e dos direitos humanos, mas numa sociedade liberal.

Essas práticas no contexto da clínica podem ter diversos matizes:

a) podem ter ressonâncias com as estratégias da Medicina Social, numa perspectiva disciplinar e de segurança, num plano biopolítico;
b) podem ser localizadas no campo das práticas clínicas *psi* de viés psicologizante (centrada em atendimento clínico psicoterápico tradicional individualizado e/ou em grupo, com a "terapeutização" das queixas e demandas, assepsiando-as de seu conteúdo político);
c) podem apresentar características pedagogizantes terapêuticas (orientar, ensinar, educar, informar, aconselhar, persuadir, dirigir, com a intenção de governar a conduta do outro);
d) podem se figurar como modalidades de sociologização funcionalista e/ou sistêmica ("generalização social" dos problemas atribuídos aos pobres, por meio das teorias da marginalidade social, da carência cultural, da delinquência,

da família desestruturada ou negligente, numa perspectiva liberal individualizante, voluntarista, meritocrática e culpabilizadora);

e) podem incluir ainda a medicalização, com práticas de internação e de medicamentação (primazia do remédio/fármaco), manifestando um forte reducionismo biologizante e físico-químico. A manicomialização diz respeito a um fenômeno articulado aos processos de patologização e de medicalização no qual o indivíduo não é necessariamente contido num estabelecimento de internação – hospital psiquiátrico, comunidade terapêutica ou instituição de longa permanência –, mas fica estigmatizado e sobrecodificado por um rótulo diagnóstico que o classifica como louco ou desviante, sendo enclausurado pela lógica manicomial e contido por meio de medicamentos. A utilização da "camisa de força" química já permite prescindir da velha tecnologia da internação institucional.

Todas essas estratégias promovem a individualização, a moralização, a patologização e a culpabilização dos indivíduos por seus comportamentos e da vida mesma, descontextualizando os sujeitos e seus problemas do plano social, político, econômico, histórico e pulsional. Fornecem justificativas e razões para a promoção do genocídio das populações negra, indígena, povos tradicionais, LGBTQIA+ e para o feminicídio.

Tais estratégias visam supostamente tornar objetivos os problemas e eficazes as intervenções preventivas, reparadoras/curativas e, eventualmente, promocionais. Esses seriam os principais impasses que detectamos no campo da clínica *psi*. O psicólogo clínico pode atuar como um moralista, conselheiro e diretor da conduta e como educador do caráter individual da pessoa; como um pedagogo que orienta e ensina, buscando dobrar a vontade política do outro para a obediência e integração submissa na ordem social capitalista; pode operar como um terapeuta que cura a dor, que visa promover o bem-estar psicológico e emocional do outro, adaptando-o à sociedade como ela é.

Na perspectiva de uma clínica crítica, são vários os requisitos fundamentais para um trabalhador no campo das políticas públicas que pretenda superar as possibilidades positivistas, funcionalistas, sistêmicas e homeostáticas de reprodução da vida social. Ele deverá considerar as dimensões diversas, complexas e suplementares que incluem:

1) *o saber do inconsciente* enquanto campo pulsional e desejante – não sabido sobre as formações subjetivas –, mapeadas por Freud e Lacan;
2) *a realidade da luta de classes* – não sabido sobre a dinâmica essencial das formações sociais –, explicitada por Marx;
3) *as relações saber/poder/sujeito* – não sabido sobre as relações microfísicas imanentes e históricas que operam nas relações sociais – cartografadas pelos autores da Filosofia da diferença;
4) *as pulsações da demanda social e suas tensões* que atravessam (plano do instituído) e transversalizam (plano do instituinte) as instituições e as organizações, os estabelecimentos e os equipamentos, os discursos e práticas, as encomendas, bem como os atores institucionais que os produzem e reproduzem no cotidiano – não sabido sobre o plano da rede de instituições que compõem o tecido social – caracterizado pela Análise Institucional.

Para tanto, podem ser úteis a Psicanálise do campo de Freud e Lacan, o materialismo histórico, a genealogia, a Filosofia da diferença e a Análise Institucional, tomando-as como referências teóricas e práticas que possibilitam o exercício da práxis, pois consideramos que se trata de perspectivas transdisciplinares potentes, de intercessores capazes de ajudar a subverter as características disciplinares da Psicologia e da sua clínica normalizadora e reguladora.

Uma clínica crítica precisa considerar os planos suplementares das formações subjetivas, sociais, microfísicas e institucionais contemporâneas, para além das limitações das ciências disciplinares. Isso permitirá ao trabalhador psicólogo psicossocial afinar e

qualificar sua acuidade auditiva e orientar sua práxis a partir de uma perspectiva complexa, coerente e consequente, de modo a poder operar práticas intercessoras.

As razões que nos levaram a desenvolver a investigação que resultou neste texto incluem esses aspectos e uma necessidade pessoal de obter alguma clareza num tema realmente intrincado e difícil de ser apreendido, de modo a orientar nossa práxis. Nossa ambição consistiu em procurar um pouco de clareza num campo nebuloso e complexo como é o da clínica *psi*. Supomos que as discussões que apresentamos também poderiam ser úteis para que o leitor possa se introduzir ou se aprofundar nas disputas e embates epistemológicos, técnicos, políticos e éticos que permeiam o campo da clínica *psi*. A amplitude da bibliografia colecionada e sistematizada pode ajudá-lo a se localizar nesse campo múltiplo.

Referências

ABDALLA, I. G.; BATISTA, S. H.; BATISTA, N. A. Desafios do ensino de psicologia clínica em cursos de psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão,* v.28, n.4, p.806-19, 2008. DOI: 10.1590/S1414-98932008000400012.

ABRANTES, A. A., SILVA, N. R.; MARTINS, S. T. F. (Orgs.). *Método histórico-social na psicologia social.* Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

AFONSO, M. L. M. Notas sobre sujeito e autonomia na intervenção psicossocial. *Psicologia em Revista* (Belo Horizonte), v.17, n.3, p.445-64, dez. 2011. DOI: 10.5752/P.1678-9563.2011v17n3p445.

AFONSO, M. L. M. (Org.). *Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde*: um método de intervenção psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

AGAMBEN, G. O que é um dispositivo? In: *O que é o contemporâneo?* e outros ensaios. Chapecó: Argos, 2009. p.25-51.

AGUIAR, A. A. *A psiquiatria no divã*: entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

AGUIAR, E. N. Vida como drama: repensando o papel do cliente em psicoterapia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia,* v.11, n.2, p.648-63, 2011. DOI: https://doi.org/10.12957/epp.2011.8399.

AGUIAR, F. A Psicanálise e a Psicologia na universidade francesa: relação de conflitos e de mútuos interesses. *Estudos de Psicologia,* Natal, v.7, n.1, p.133-42, jan. 2002. DOI: 10.1590/S1413-294X2002000100013.

AGUIAR, F. Método clínico: método clínico? *Psicologia: Reflexão e Crítica,* v.14, n.3, p. 609-16, 2001. DOI: 10.1590/S0102-79722001000300016.

AGUIAR, F. Psicanálise e Universidade: das relações entre a Psicologia Clínica e a Psicanálise na França. *Estudos de Psicologia*, Natal, v.5, n.1, p.215-41, jun. 2000. DOI: 10.1590/S1413-294X2002000100013.

AGUIAR, K. F.; ROCHA, M. L. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.27, n.4, p.648-63, dez. 2007. DOI: 10.1590/S1414-98932007000400007.

AGUIAR, V. V. *Reflexões e contribuições sobre a terapêutica da psicanálise lacaniana aos profissionais de saúde*. 2016. 134f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-26092016-120133/publico/aguiar_corrigida.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

AIRES, J. M. Q. A abordagem sócio-histórica na psicoterapia com adultos. *Psicologia para América Latina* (online), n.5, p.1-8, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em : 8 jul. 2023.

ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. *Psicanálise e saúde mental*: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

ALMEIDA, L. P.; ATALLAH, R. M. F. Clínica, a interpretação psicanalítica e o campo de experimentação. *Psicologia em Estudo,* Maringá, v.14, n.1, p. 149-57, jan./mar. 2009. DOI: 10.1590/S1413-73722009000100018.

ALTHUSSER, L. *Freud e Lacan, Marx e Freud*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

ALTHUSSER, L. *A favor de Marx*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

ALTOÉ, S. (Org.). *René Lourau*: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.

ALVES, A. M. O método materialista histórico dialético: alguns apontamentos sobre a subjetividade. *Revista de Psicologia da Unesp*, Assis, v.9, n.1, p.1-13, 2010. Disponível em: https://revpsico-unesp.org/index.php/revista/article/download/103/106. Acesso em: 8 jul. 2023.

ALVES, P. B. *Infância, tempo e atividades cotidianas de crianças em situação de rua*: as contribuições da teoria dos sistemas ecológicos. 2002. 110f. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/2554/000372073.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 8 jul. 2023.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. *O método nas ciências naturais e sociais*: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2.ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 1999.

AMADOR, F.; FONSECA, T. M. G. Da intuição como método filosófico à cartografia como método de pesquisa: considerações sobre o exercício

cognitivo do cartógrafo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia,* v.61, n.1, p.30-7, abr. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v61n1/v61n1a04.pdf. Acesso em 8 jul. 2023.

AMARANTE, P. D. C. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. D. C. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.* Rio de Janeiro: Nau, 2003. V.1. p.45-65.

AMBIEL, R. A. M. et al.. (Orgs.). *Avaliação psicológica*: guia de consulta para estudantes e profissionais de Psicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM*-5. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMPARO, D. M. et al. (Orgs.). *Psicologia clínica e cultura contemporânea*. Brasília: Technopolitik, 2017. V.3.

ANDRADE, A. N.; MORATO, H. T. P. Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições. *Estudos de Psicologia*, Natal, v.9, n.2, p.345-53, ago. 2004. DOI: 10.1590/S1413-294X2004000200017.

ANDRADE, M. C. *O encontro da loucura com o trabalho na economia solidária*: a produção de práxis de pré-incubagem através do dispositivo intercessor na Saúde Mental. 2013. 297f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2013. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/105590/andrade_mc_dr_assis.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 8 jul. 2023.

ANDRADE, V. M.; SANTOS, F. H.; BUENO, O. F. A. *Neuropsicologia hoje.* São Paulo: Artes Médicas, 2004.

ANSARA, S.; DANTAS, B. S. A. Intervenções psicossociais na comunidade: desafios e práticas. *Psicologia & Sociedade*, v.22, n.1, p.95-103, abr. 2010. DOI: 10.1590/S0102-71822010000100012.

ARAÚJO, F. I. C. "... Mas a gente não sabe que roupa a gente deve usar..." Um estudo sobre a prática do psicólogo no Centro de Referência da Assistência (CRAS). 2010. 249f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: https://www.sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/17415/1/Fabiana%20Itaci%20Correa%20de%20Araujo.pdf. Acesso em 8 jul. 2023.

ARAÚJO, I. L. *Foucault e a crítica do sujeito*. Curitiba: Ed. Da UFPR, 2001.

ARAÚJO, J. N. G. Trabalho e usos da subjetividade. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* (online), v.64, n.2, p.35-46, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v64n2/v64n2a04.pdf. Acesso em 8 jul. 2023.

ARAÚJO, J. N. G.; CARRETEIRO, T. C. (Orgs.) *Cenários sociais e abordagem clínica*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fumec, 2001.

ARBEX, M. R. *As relações entre sintoma e cultura na psicanálise*. 2010. 125f. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://www.livrosgratis.com.br/ler-livro-online-88058/as-relacoes-entre-cultura-e-sintoma-na-psicanalise. Acesso em: 8 jul. 2023.

ARDOINO, J. La intervención: imaginario del cambio o cambio de lo imaginario. In: GUATTARI, F. et al. *La Intervención Institucional*. México: Plaza y Valdés, 1987. p.13-42.

ARGILES, C. T. L. *A produção de subjetividade no modo de Atenção Psicossocial*. 2012. 150f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012. Disponível em: https://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem/files/2015/10/e2ef524fbf3d9fe611d5a8e90fefdc9c.pdf. Acesso em 8 jul. 2023.

ASKOFARE, S. A arqueologia do cuidado: da prática ao discurso. *Psicologia USP*, v.17, n.2, p.157-66, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pusp/a/Jtv9fX7H4KpwGrm5k3xQ7nq/?format=pdf&lang=pt. Acesso em 8 jul. 2023.

ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA DE PORTO ALEGRE (APOA). Psicanálise e educação: uma transmissão possível. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, n.16, p.1-155, jul. 1999.

ASSUMPÇÃO JÚNIOR, F. B. *Psiquiatria da infância e da adolescência*. São Paulo: Maltese, 1994.

AYRES, J. R. C. M. *Cuidado:* trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2009.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação* (Botucatu), v.8, n.14, p.73-92, fev. 2004a. DOI: 10.1590/S1414-32832004000100005.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.3, p.16-29, set./dez. 2004b. DOI: 10.1590/S0104-12902004000300003.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.6, n. 1, p.63-72, 2001. DOI: 10.1590/S1413-81232001000100005.

AYRES J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v.4, n.6, p.117-20, fev. 2000. DOI: 10.1590/S1414-32832000000100010.

AZEREDO, F. A. M. *Poder e significante: Foucault e Lacan*. 1999. 77f. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: http://objdig.ufrj.br/30/teses/FabioAndreMoraesAzeredo.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

AZEREDO, F.; CANAVÊZ, F. Intervenção sobre intervenção: sobre a transferência em um trabalho social. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.60-71, 2.sem. 2007. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/viewFile/10870/8545. Acesso em: 8 jul. 2023.

BAPTISTA, M. N. Questões sobre avaliação de processos psicoterápicos. *Psicologia em Pesquisa*, v.4, n.2, p.109-17, jul./dez. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v4n2/v4n2a04.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

BAPTISTA, M. T. D. S.; NOGUCHI, N. F. C.; CALIL, S. D. B. W. A pesquisa interventiva na psicologia: análise de três experiências. *Psicologia para América Latina*, s/v, n.7, ago. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000300014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 jul. 2023.

BARATTO, G.; AGUIAR, F. A "Psicologia do Ego" e a psicanálise freudiana: das diferenças teóricas fundamentais. *Revista de Filosofia*, v.19, n.25, p.307-31, jul./dez. 2007. DOI: 10.7213/rfa.v19i25.1186.

BAREMBLITT, G. F. *Introdução à Esquizoanálise*. 2.ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2003.

BAREMBLITT, G. F. *Compêndio de análise institucional e outras correntes*: teoria e prática. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1998.

BARLETA, C. M. B. *Supervisão clínico-territorial*: um dispositivo de transmissão e formação de equipes de atenção psicossocial. 2015. 269f. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/14570/1/Tese_Cleuse%20Maria%20B%20Barleta.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

BARLOW, D. H. (Org.). *Manual clínico dos transtornos psicológicos*: tratamento passo a passo [recurso eletrônico] 5.Ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BARLOW, D. H.; DURAND, V. M. *Psicopatologia*: uma abordagem integrada. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

BARONI, D. P. M.; CUNHA, C. S. Reflexões sobre a resistência na clínica a partir de Michel Foucault. *Psicologia Ciência e Profissão*, v.28, n.4, p.682-95, 2008. DOI: 10.1590/S1414-98932008000400003.

BARROS, J. P. P. Psicologia e Políticas Sociais. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, v.4, n.1, p.156-70, 2014. Disponível em: http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1264. Acesso em: 8 jul. 2023.

BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. *Fractal, Revista de Psicologia,* v.23, n.3, p.641-58, set./dez. 2011. DOI: 10.1590/S1984-02922011000300013.

BARROS, M. E. B.; PIMENTEL, E. H. C. Políticas públicas e a construção do comum: interrogando práticas PSI. *Polis e Psique*, v.2, n.2, p.3-22, 2012. DOI: 10.22456/2238-152X.35746.

BARROSO, A. F. Lacan: entre linguagem e pulsão, por uma psicanálise do sujeito. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, v.15, n.1, p.57-66, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v15n1/07.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

BARUS-MICHEL, J. *O sujeito social.* Belo Horizonte: PUC Minas, 2004.

BASOLI, L. P. *Figuras da clínica psi na atualidade*: algumas contribuições à Saúde Mental Coletiva. 2018. 161f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2018. Disponível em: http://hdl.handle.net/11449/158274. Acesso em: 8 jul. 2023.

BASOLI, L. P.; BENELLI, S. J. Medicalização como Sintoma Social Dominante: estratégias a partir do Paradigma Psicossocial. *Revista de Psicologia da Unesp* (online), v.18, n.esp., p.217-42, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v18nspe/v18nspea12.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

BAUMAN, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BAZON, M. R. Psicoeducação – teoria e prática para a intervenção junto a crianças e adolescentes em situação de risco psicossocial. Ribeirão Preto: Holos, 2002.

BELLO, E. *"'Biopoder' e 'sociedade de controle'*: duas contribuições de Michel Foucault para a análise social e política dos direitos humanos", 2007. Disponível em: http://www.mundojuridico.adv.br/sis_artigos/artigos.asp?codigo=886.

BENDASSOLLI, P. F. A psicologia revisitada pela pragmática: subjetividade, conhecimento e método. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.15, n.2, p.309-19, 2002. DOI: 10.1590/S0102-79722002000200009.

BENELLI, S. J. *Psicologia e Assistência Social*: interfaces políticas, clínicas e éticas. Curitiba: CRV, 2020.

BENELLI, S. J. *O atendimento socioassistencial para crianças e adolescentes:* perspectivas contemporâneas. São Paulo: Unesp, 2016a.

BENELLI, S. J. Risco e vulnerabilidade como analisadores nas políticas públicas sociais: uma análise crítica. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v.33, n.4, p.735-45, out./dez. 2016b. DOI: 10.1590/1982-02752016000400016.

BENELLI, S. J. *Entidades assistenciais socioeducativas*: a trama institucional. Rio de Janeiro: Vozes, 2014a.

BENELLI, S. J. As éticas nas práticas de atenção psicológica na Assistência Social. *Estudos de Psicologia* (Campinas), v.31, n.2, p.269-87, jun. 2014b. DOI: 10.1590/0103-166X2014000200012.

BENELLI, S. J. *A lógica da internação*: instituições totais e disciplinares (des) educativas. São Paulo: Unesp Digital, 2014c.

BENELLI, S. J. *Análise psicossocial da formação do clero católico*. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2013.

BENELLI, S. J. A cultura psicológica no mercado de bens de saúde mental contemporâneo. *Estudos de Psicologia* (Campinas), v.26, n.4, p.515-36, dez. 2009. DOI: 10.1590/S0103-166X2009000400012.

BENELLI, S. J. Pescadores de homens: estudo psicossocial de um seminário católico. São Paulo: Unesp, 2006.

BENELLI, S. J.; COSTA-ROSA, A. Dispositivos institucionais filantrópicos e socioeducativos de atenção à infância na Assistência Social. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v.30,n.2, p.283-301, abr./jun. 2013.

BENELLI, S. J.; COSTA-ROSA, A. Paradigmas diversos no campo da Assistência Social e seus estabelecimentos assistenciais típicos. *Psicologia USP*, v.23, n.4, p.609-60, dez. 2012. DOI: 10.1590/S0103-65642012000400002.

BENELLI, S. J.; COSTA-ROSA, A. Para uma crítica da razão socioeducativa em entidades assistenciais. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v.28, n.4, p.539-63, dez. 2011. DOI: 10.1590/S0103-166X2011000400014.

BENEVIDES, R. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, v.17, n.2, p.21-5, maio/ago. 2005. DOI: 10.1590/S0102-71822005000200004.

BENTHAM, J. et al. *O panóptico*. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

BERCHERIE, P. *Los fundamentos de la clínica*. Historia y estructura del saber psiquiátrico. Buenos Aires: Manantial,1986.

BÉRIA, J. S. Uma breve análise a respeito das contradições do sistema capitalista e seu papel no desenvolvimento de sujeitos alienados e do sofrimento psíquico. *Fundamentos ao Humanidades*, v.15, n.29, p.277-304, 2014. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18447748011. Acesso em: 8 jul. 2023.

BERLINCK, M. T.; FÉDIDA, P. A clínica da depressão: questões atuais. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, v.3, n.2, p.9-25, abr./jun. 2000. DOI: 10.1590/1415-47142000002002.

BERNARDES, A. G. Cartografia de práticas de cuidado. *Psicologia & Sociedade*, v.24, n.3, p.701-09, 2012. DOI: 10.1590/S0102-71822012000300023.

BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. M. F. Práticas psicológicas: enfrentamentos entre saúde pública e saúde coletiva. *Estudos de Psicologia*, v.15, n.3, p.269-76, set./dez. 2010. DOI: 10.1590/S1413-294X2010000300006.

BERNARDES, L. H. G. *Subjetividade*: um objeto para uma psicologia comprometida com o social. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

BERNARDI, C. M. C. N. O lugar da ética na formação do psicólogo: cuidado e autopoiese. *Criar Educação*, Criciúma, v.2, n.1, p.1-19, 2013. Disponível em: https://periodicos.unesc.net/ojs/index.php/criaredu/article/view/1177/1139. Acesso em: 8 jul. 2023.

BERNARDI, C. M. C. N. *O lugar da ética na formação do psicólogo*: cuidado e autopoiese. 2010. 175f. Tese (Doutorado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/3662/1/425811.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

BERNSTEIN, M. *A Clínica do sensível e a ética do cuidado na clínica psicanalítica contemporânea*. 2017. 59f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise, Saúde e Sociedade) – Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://www.academia.edu/36877203/A_CL%C3%8DNICA_DO_SENS%C3%8DVEL_E_A_%C3%89TICA_DO_CUIDADO_NA_CL%C3%8DNICA_PSICANAL%C3%8DTICA_CONTEMPOR%C3%82NEA. Acesso em: 8 jul. 2023.

BERTALANFFY, L. V. *Teoria geral dos sistemas*: fundamentos, desenvolvimento e aplicações. Petrópolis: Vozes, 2010.

BICALHO, P. P. G. et al. Formação em psicologia, direitos humanos e compromisso social: a produção micropolítica de novos sentidos. *Boletim Interfaces da Psicologia da UFRRJ*, v.2, n.2, p.20-35, dez. 2009. Disponível em: http://www.ufrrj.br/seminariopsi/2009/boletim2009-2/bicalho.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

BIRMAN, J. *Entre o cuidado e o saber de si*: sobre Foucault e a Psicanálise. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000a.

BIRMAN, J. A psicanálise na berlinda? In: PORTOCARRERO, V.; CASTELO BRANCO, G. (Orgs.). *Retratos de Foucault*. Rio de Janeiro: Nau, 2000b, p.159-78.

BLEGER, J. *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artmed, 1984.

BOCK, A. M. B. Psicologia e sua ideologia: 40 anos de compromisso com as elites. In: BOCK, A. M. B. (Org.), *Psicologia e o compromisso social*. São Paulo: Cortez, 2009. p.15-28.

BOCK, A. M. B. A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. *Estudos de Psicologia*, v.4, n.2, p.315-29, 1999. DOI: 10.1590/S1413-294X1999000200008.

BOCK, A. M. B. et al. Sílvia Lane e o projeto do 'Compromisso Social da Psicologia'. *Psicologia & Sociedade*, v.19, n.esp.2, p.46-56, 2007. DOI: 10.1590/S0102-71822007000500018.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia*. 13.ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M. (Orgs.). *A dimensão subjetiva da realidade*: uma leitura sócio-histórica. São Paulo: Cortez, 2009.

BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO O. (Orgs.) *Psicologia Sócio-histórica:* uma perspectiva crítica em psicologia. São Paulo: Cortez, 2001.

BOLSONI-SILVA, A. T. et al. Caracterização de programas de intervenção com crianças e/ou adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.62, n.1, p.104-18, jul. 2010. Disponível em: ttp://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672010000100012&lng=pt&nrm=isso. Acesso em 8 jul. 2023.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*. n.19, p.20-28, jan./fev./mar./abr. 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxC/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 8 jul. 2023.

BOTARELLI, A. *O psicólogo nas políticas de proteção social*: uma análise dos sentidos e da práxis. 2008. 133f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17265/1/Adalberto%20Botarelli.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

BOTH, V. *O biopoder e o discurso dos direitos humanos*: um estudo a partir de M. Foucault. 2008. 119f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2008. Disponível em: http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/2036/biopoder%20e%20o%20discurso.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 8 jul. 2023.

BOTOMÉ, S. P. *Pesquisa alienada e ensino alienante:* o equívoco da extensão universitária. Petrópolis, Vozes; São Carlos: EdUFSCar; Caxias do Sul: EDUCS, 1996.

BRAGA, T. B. M. *Práticas psicológicas em instituições e formação em psicologia*: possibilidades de reflexões sobre o sentido da prática. 2005. 179f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/

disponiveis/47/47131/tde-16082007-152053/publico/MestradoTatiana.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

BRAIER, E. A. *Psicoterapia breve de orientação psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

BRASIL. Congresso Nacional. *Constituição da República Federativa do Brasil.* Brasília: Congresso Nacional, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRAUNSTEIN. H. R. *Ética do cuidado*: das instituições de cuidado e pseudo cuidado. 2012. 216f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-21082012-160819/publico/braunstein_corrigida.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

BRAZÃO, J. C. C. A Transdisciplinaridade como perspectiva metodológica para uma clínica das subjetividades. *Pesquisas e Práticas Psicossociais,* São João del-Rei, v.9, n.2, p.268-78, jul./dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v9n2/12.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

BRONFENBRENNER, U. *Bioecologia do desenvolvimento humano*: tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BUENO, P. A. T. *Clínica ampliada: interlocuções entre a psicanálise e a Atenção Psicossocial*. 2016. 117f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/19585/2/Paulo%20Alberto%20Teixeira%20Bueno.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

BUENO, P. A. T. A ética da clínica ampliada: a primazia da palavra de Lacan a Agamben. *A peste*, São Paulo, v.7, n.2, p.81-92, jul./dez. 2015. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/apeste/article/view/30484/21091. Acesso em: 8 jul. 2023.

CABAS, A. G. *O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan*: da questão do sujeito ao sujeito em questão. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

CABRAL, R. B. Coordenadas epistêmicas da psicologia moderna na formação do psicólogo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.62, n.2, p.52-64, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v62n2/v62n2a06.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

CALADO, S. S.; FERREIRA, S. C. R. *Análise de documentos*: método de recolha e análise de dados. Lisboa, Universidade de Lisboa, 2006. 13f. Notas de

aula. Disponível em: https://silo.tips/download/analise-de-documentos-metodo-de-recolha-e-analise-de-dados Acesso em: 8 jul. 2023.

CAMACHO, M. A. M.; VALENCIA, N. M. La intervención social como objeto de estudio: discursos, prácticas, problematizaciones y propuestas. *Athenea Digital*, v.18, n.3, p.1-29, 2018. Disponível em: https://atheneadigital.net/article/view/v18-n3-moreno-molina/2055-pdf-es. Acesso em: 8 jul. 2023.

CAMARGO, L. F. E.; AGUIAR, F. Foucault e Lacan: o sujeito, o saber e a verdade. *Aurora*, Curitiba, v.21, n.29, p.531-44, jul./dez. 2009. DOI: 10.7213/rfa.v21i29.2620.

CAMARGO-BORGES, C. Terapia social: desenvolvimento humano e mudança social. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.62, n.3, p.48-58, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v62n3/V62n3a07.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physi – Revista de Saúde Coletiva*, v.2, n.1, p.203-28, 1992. DOI: 10.1590/S0103-73311992000100008.

CAMARGOS, L. *A psicanálise do olhar*: do ver ao perder de vista nos sonhos, na pulsão escópica e na técnica psicanalítica. 2008. 151f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/VCSA-7WNMQC/1/disserta__o.liliane_camargos.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

CAMBUY, K. *Experiências comunitárias em saúde mental*: repensando a clínica psicológica no SUS. 2010. 310f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2010. Disponível em: http://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/bitstream/handle/123456789/15646/ccv_ppgpsico_dr_Karine_C.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 8 jul. 2023.

CAMPOS, A. P. S. *Atenção Psicológica Clínica*: encontros terapêuticos com crianças em uma creche. 2008. 106f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2008. Disponível em: http://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/bitstream/handle/123456789/16453/ccv_ppgpsico_me_Ana_PSC.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 8 jul. 2023.

CAMPOS, G. W. S. *A clínica do sujeito*: por uma clínica reformulada e ampliada. 1996/1997. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CAMPOS, R. H. F. (Org.) *Psicologia Social Comunitária*: da solidariedade à autonomia. Petrópolis: Vozes, 1998.

CAMPOS, R. H. F.; GUARESCHI, P. A. (Orgs.) *Paradigmas em Psicologia Social*: a perspectiva latino-americana. Petrópolis: Vozes, 2009.

CAMPOS, T. S. P. *A clínica psicanalítica na contemporaneidade*. 2008. 99f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise, Saúde e Sociedade) – Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro. 2008.

CANGUILHEM, G. Que é a psicologia? [1956]. *Impulso*, n.26, p.11-26, dez. 1999. Disponível em: https://docplayer.com.br/15211752-Universidade-veiga-de-almeida-a-clinica-psicanalitica-na-contemporaneidade.html. Acesso em: 8 jul. 2023.

CANIATO, A. M. P. Resenha: A questão dos paradigmas na psicologia. *Psicologia & Sociedade*, vol.17, n.3, p.82-4, set./dez. 2005. DOI: 10.1590/S0102-71822005000300014.

CAPONI, S. et al. *A medicalização da vida como estratégia biopolítica*. São Paulo: LiberArs, 2013.

CARDOSO Jr., H. R. (Org.). *Inconsciente-multiplicidade*: conceito, problemas e práticas segundo Deleuze e Guattari. São Paulo: Unesp, 2008.

CARDOSO Jr., H. R. Para que serve uma subjetividade? Foucault, tempo e corpo. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, v.18, n.3, p.343-9, 2005. DOI: 10.1590/S0102-79722005000300008.

CARMONA, A. M. Laço social e entrelaçamentos da clínica na área de direitos humanos. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João del-Rei, v.1, n.2, dez. 2006. Disponível em: https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/AndreaCarmona.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

CARONE, I. Por uma epistemologia historicamente orientada da Psicologia. In: JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. (Orgs). *Diálogos em psicologia social*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p.217-31. Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/vfgfh/pdf/jaco-9788579820601.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

CARONE, I. *A Psicologia tem paradigmas?* São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP, 2003.

CARPIGIANI, B. (Org.). Teorias e técnicas de atendimento em consultório de psicologia. São Paulo: Vetor, 2011.

CARVALHO, L. B. et al. A Ética do cuidado e o encontro com o outro no contexto de uma clínica-escola em Fortaleza. *Revista da Abordagem Gestáltica – Phenomenological Studies*, Goiânia, v.21, n.1, p.1-12, jun. 2015. Disponível

em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v21n1/v21n1a02.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

CARVALHO, M. C. M. *Construindo o saber:* metodologia científica, fundamentos e técnicas. Campinas: Papirus, 1989.

CARVALHO, V. L. C. M. O cuidado como a base ética na constituição do ser humano. *Curso Virtual "Educação para a tolerância*: contribuições psicanalíticas", 2010. p.1-13. Disponível em: www.pucsp.br/prosaude/.../cuidado_como_base_etica_constucao_ser_humano.pdf

CASAS, F. Desafios atuais da psicologia na intervenção social. *Psicologia & Sociedade*, v.17, n.2, p.42-9, maio/ago. 2005. DOI: 10.1590/S0102-71822005000200007.

CASELLA, M. Estratégias em psicologia institucional. São Paulo: Loyola, 2004.

CASSIANO, M.; FURLAN, R. O processo de subjetivação segundo a esquizoanálise. *Psicologia & Sociedade*, v.25, n.2, p.372-8, 2013. DOI: 10.1590/S0102-71822013000200014.

CASTEL, R. *A gestão dos riscos*: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CASTORIADIS, C. *A instituição imaginária da sociedade*. 5.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

CASTRO, E. Dispositivo. In: *Vocabulário de Foucault:* um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. p.123-4.

CASTRO, F. G. Materialismo histórico e definição de psíquico. *Psicologia & Sociedade*, v.21, n.2, p.182-92, ago. 2009. DOI: 10.1590/S0102-71822009000200005.

CASTRO, G. J. M.; COSTA, M. L. A invenção do sujeito. *Psicologia: Ciência e Profissão,* v.38, n.2, p.391-402, abr./jun. 2018. DOI: 10.1590/1982-3703003012017.

CATÃO, M. F. O ser humano e problemas sociais: questões de intervenção. *Temas em Psicologia,* Ribeirão Preto, v.19, n.2, p.459-65, dez. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v19n2/v19n2a09.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

CAVALCANTI; M. A.; CAVALCANTI, E. C. T.; NOVIKOFF, C. Interfaces entre psicanálise e filosofia por uma clínica da diferença a esquizoanálise como prática interdisciplinar. *Revista Valore,* Volta Redonda, v.1, n.1, p.31-41, dez. 2016. Disponível em: https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/7/2. Acesso em: 8 jul. 2023.

CECCONELLO, A. M. *Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco.* 2003. 317f. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003. Disponível em:

https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/2641/000373973.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 8 jul. 2023.

CHAGAS, E. F. O pensamento de Marx sobre a subjetividade. *Trans/Form/Ação*, Marília, v.36, n.2, p.63-84, ago. 2013. DOI: 10.1590/S0101-31732013000200005.

CHARDON, M. C. Representações sociais de cuidado: entre as práticas e a noção de alteridade. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.60, n.2, p.10-19, 2008. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/2290/229017549002.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

CHAUÍ, M. *Intelectual engajado*: uma figura em extinção? Conferência no seminário promovido pelo Ministério da Cultura intitulado "O Silêncio dos Intelectuais", no dia 22 de agosto de 2007. Disponível em: http://www.ces.uc.pt/bss/documentos/intelectual_engajado.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

CHAUÍ, M. *Cultura e democracia*: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Cortez, 2000.

CHAVES, E. *Foucault e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988.

CHAVES, W. C. Há uma ética que rege a clínica psicanalítica que não é da ordem da moral. In: KYRILLOS NETO, F.; CALAZANS, R. (Orgs.). *Psicopatologia em debate*: controvérsias sobre os DSMs. Barbacena: EdUEMG, 2012. p.145-53.

CHECCHIA, M. A. A clínica psicanalítica é um dispositivo? *A peste*, São Paulo, v.2, n.1, p.89-100, 2010. DOI: 10.5546/peste.v2i1.12060.

CHENIAUX, E. *Manual de Psicopatologia.* 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

CHIGNOLA, S. Sobre o dispositivo: Foucault, Agamben, Deleuze. *Cadernos IHU ideias*, v.12, n.214, p.1-27, 2014. Disponível em: https://www.ihu.unisinos.br/images/stories/cadernos/ideias/214cadernosihuideias.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

CIFALI, M; IMBERT, F. *Freud e a pedagogia*. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

CLAVREUL, J. *A Ordem médica*: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COIMBRA, C.; LEITÃO, M. B. Das essências às multiplicidades: especialismo psi e produções de subjetividades. *Psicologia & Sociedade*, v.15, n.2, p.6-17, dez. 2003. DOI: 10.1590/S0102-71822003000200002.

COIMBRA, C. M. B. Psicologia, direitos humanos e neoliberalismo. *Revista Psicologia Política*, v.1, n.1, p.139-48, 2001.

COIMBRA, C. M. B. *Guardiães da Ordem:* uma viagem pelas práticas psi no Brasil do "Milagre". Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

COIMBRA, C. M. B., LOBO, L. F.; NASCIMENTO, M. L. Por uma invenção ética para os direitos humanos. *Psicologia Clínica,* Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.89-102, 2008. DOI: 10.1590/S0103-56652008000200007.

COLLARES, C. et al. (Orgs.). *Referências teóricas e práticas para a construção de propostas despatologizantes na saúde e na educação*. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, 2016.

CONCEIÇÃO, M. I. G.; TAFURI, M. I.; CHATELARD. D. S. (Orgs.). *Psicologia clínica e cultura contemporânea.* Brasília: Technopolitik, 2015. v.2.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Cartilha avaliação psicológica.* Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Campanha *"Não à medicalização da vida"*, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Psicologia em interface com a justiça e os direitos humanos.* Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Democracia e subjetividade:* a produção social dos sujeitos democráticos. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Cartilha sobre avaliação psicológica*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2007a.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *IV Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas.* Maceió: Conselho Federal de Psicologia, 2007b.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *III Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas:* Identidade Profissional e Políticas Públicas: o Diálogo Corporativo com o Estado. Salvador: Conselho Federal de Psicologia, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *II Seminário de Psicologia e Políticas Públicas. Relatório:* Políticas Públicas, Psicologia e Protagonismo Social. João Pessoa: Conselho Federal de Psicologia, 2003a.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Os direitos humanos na prática profissional dos psicólogos*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2003b.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *I Seminário de Psicologia e Políticas Públicas.* Salvador: Conselho Federal de Psicologia, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Psicologia, ética e direitos humanos.* Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 1998.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. A psicologia e a valorização da dimensão subjetiva da realidade. *Psi*, n.178, p.3, 2014.

CORDEIRO, M. P. Reflexões sobre usos da noção de compromisso social da ciência: o caso da Psicologia brasileira. *Athenea Digital*, v.18, n.3, p.1-27, nov. 2018. DOI: 10.5565/rev/athenea.2086.

CORDEIRO, M. P. Psicologias sociais cientificista e crítica: um debate que continua. *Psicologia: Ciência e Profissão,* v.33, n.3, p.716-29, 2013. DOI: 10.1590/S1414-98932013000300015.

CORDIOLI, A. V. (Org.). *Psicoterapias*: abordagens atuais. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. .

CORRÊA, S. L. A cartografia como estratégia de equivocação dos modos tradicionais de atuação em clínica. *Avesso do Avesso*, Araçatuba, v.13, n.13, p.33-42, nov. 2015. Disponível em: https://feata.edu.br/downloads/revistas/avessodoavesso/v13_artigo03_cartografia.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

CORRÊA, S. L. Esquizoanálise: clínica e subjetividade. *Avesso do Avesso*, Araçatuba, v.4, n.4, p.33-51, nov. 2006. Disponível em: https://feata.edu.br/downloads/revistas/avessodoavesso/v4_artigo02_esquizoanalise.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

CORSETTI, B. A análise documental no contexto da metodologia qualitativa: uma abordagem a partir da experiência de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Educação da Unisinos. *UNIrevista,* Porto Alegre, v.1, n.1, p.32-46, jan. 2006. ISSN: 1809-4651.

COSTA, D. B. *A crise do supereu e o caráter criminógeno da sociedade de consumo*. 2008. 156f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Psicologia_CostaDB_1.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

COSTA, J. F. As éticas da psiquiatria. In: FIGUEIREDO, A. C.; SILVA, J. F. (Orgs.). *Ética e Saúde Mental.* Rio de Janeiro: Topbooks, 1996. p.27-36.

COSTA, J. F. *História da psiquiatria no Brasil.* Rio de Janeiro: Documentário, 1976.

COSTA, J. L. R. Algumas reflexões sobre cidade saudável. *Saúde e Sociedade*, v.6, n.2, p.65-70, dez. 1997. DOI: 10.1590/S0104-12901997000200008.

COSTA, L. F.; BRANDÃO, S. N. Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. *Psicologia & Sociedade,* v.17, n.2, p.33-41, maio/ago. 2005. DOI: 10.1590/S0102-71822005000200006.

COSTA, L. S. M.; PEREIRA, C. A. A. Bem-estar subjetivo: aspectos conceituais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.59, n.1, p.72-80, jun. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v59n1/v59n1a08.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

COSTA, M. F. *A clínica da urgência e o prelúdio às entrevistas preliminares:* uma práxis entre a luta de classes e as formações do inconsciente. 2021. 266f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2021. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/handle/11449/214756. Acesso em: 8 jul. 2023.

COSTA, M. F. *A clínica da urgência na unidade de pronto atendimento*: da privatização da Saúde a uma aposta no Sujeito do inconsciente. 2016. 176f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2016. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/handle/11449/148827. Acesso em: 8 jul. 2023.

COSTA, M. F.; JUSTO, J. S. Pós-modernidade e modos de subjetivação: proposições da psicanálise do campo de Freud e Lacan. *aSEPHallus*, v.10, n.19, p.43–55, 2015. DOI: 10.17852/1809-709x.2019v10n19p43-55.

COSTA-ROSA, A. Intercessões e análises sobre o processo de produção saúde-adoecimento-atenção no campo psíquico, num território municipal. *Revista de Psicologia da Unesp*, v.18, n.esp., p.9-36, 2019a. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v18nspe/v18nspea03.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

COSTA-ROSA, A. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na Psicanálise do campo Freud-Lacan? *Revista de Psicologia da Unesp*, v.18, n.esp., p.37-54, 2019b. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v18nspe/v18nspea04.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

COSTA-ROSA, A. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica*: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Unesp, 2013a.

COSTA-ROSA, A. A ética e a clínica na Atenção Psicossocial: o cuidado em análise. In: *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica*: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Unesp, 2013b. p.271-321.

COSTA-ROSA, A. Interprofissionalidade, disciplinas, transdisciplinaridade: modos da divisão do trabalho nas práticas da Atenção Psicossocial. In: *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica*: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Unesp, 2013c. p.119-66.

COSTA-ROSA, A. Para uma crítica da razão medicalizadora: o consumo de psicofármacos como sintoma social dominante. In: *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica*: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Unesp, 2013d. p.167-232.

COSTA-ROSA, A. Contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. In: DIONÍSIO, G. H.; BENELLI, S. J. (Orgs.). *Políticas públicas e clínica crítica.* São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. p.15-31.

COSTA-ROSA, A. Ética e Clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.20, n.3, p.743-57, set. 2011. DOI: 10.1590/S0104-12902011000300018.

COSTA-ROSA, A. Práticas de cura místico-religiosas, psicoterapia e subjetividade contemporânea. *Psicologia USP*, v.19, n.4, p.561-90, dez. 2008. DOI: 10.1590/S0103-65642008000400012.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.) *Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.141-68.

COSTA-ROSA, A. Modo Psicossocial um novo paradigma nos Tratamentos Psíquicos na Saúde Coletiva. *Vertentes*, Unesp, Assis, v.5, p.11-22, 1999.

COSTA-ROSA, A. *Saúde Mental Comunitária*: análise dialética das práticas alternativas. 1987. 567f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. v.1. p.13-44.

COTRIM, G. *Educação para uma escola democrática*. História e Filosofia da Educação. 5 ed. São Paulo: Saraiva, 1993.

COUGO, R. H. F. A.; TFOUNI, L. V. A constituição do sujeito na pós-modernidade e o consumismo. *Revista Mal estar e Subjetividade,* Fortaleza, v.11, n.3, p.1189-216, set. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v11n3/12.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

COUTINHO, L. G. Pesquisa-intervenção na escola: adolescência, educação e inclusão social. *Arquivos Brasileiros de Psicologia,* Rio de Janeiro, v.63, n.1, p.2-10, 2011. Disponível em: COUTINHO, L. G. Pesquisa-intervenção na escola: adolescência, educação e inclusão social. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.63, n.1, p. 2-10, 2011. Acesso em: 8 jul. 2023.

CUNHA, G. T. A Construção da clínica ampliada na Atenção Básica. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

CURY JÚNIOR, J. E. *Que voz na voz não ouvida?* Uma escuta psicanalítica a catadores de recicláveis. 2015. 244f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2015. Disponível em: http://hdl.handle.net/11449/132087. Acesso em: 8 jul. 2023.

D'ALLONNES, C. R. et al. (Orgs.). *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas*: documentos, métodos, problemas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DANTAS, J. B.; BENEVIDES, P. S. Uma discussão sobre a formação em Psicologia: (re)pensando discursos, saberes e práticas na contemporaneidade. *Mnemosine,* v.12, n.1, p.161-82, 2016. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41666/28935. Acesso em: 8 jul. 2023.

DANTO, E. A. *As clínicas públicas de Freud*: psicanálise e justiça social, 1918-1938. São Paulo. Perspectiva, 2019.

DANZIATO, L.; MARTINS, A. C. B. L.; MATOS, S. S. Psicanálise e biopolítica: o fascínio do discurso médico. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, v.18, n.esp., p.44-54, 2018. DOI: 10.5020/23590777.rs.v18iEsp.6591.

DASSOLER, V. A.; PALMA, C. M. S. Contribuições da Psicanálise para a clínica psicossocial. *Revista Mal estar e Subjetividade*, Fortaleza, v.11, n.3, p.1161-88, set. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v11n3/11.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

DE LAJONQUIÈRE, L. *Infância e ilusão (psico)pedagógica*: escritos de psicanálise e educação. São Paulo, Vozes, 1999.

DEL MASSO, M. C. S. et al. *Guia da Extensão Universitária da Unesp*. 3.ed. São Paulo: Unesp, PROEX, 2012.

DECOTELLI, K. M.; BOHRE, L. C. T.; BICALHO, P. P. G. A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder: notas sobre clínica e política. *Psicologia: Ciência e Profissão,* v.33, n.2, p.446-59, 2013. DOI: 10.1590/S1414-98932013000200014.

DELARI Jr., A. *O sujeito e a clínica na psicologia histórico-cultural*: diretrizes iniciais. Mimeo. Umuarama-PR. 2012. 17 p. Disponível em: http://www.vigotski.net/clinica-ufms.pdf

DELEUZE, G. *Crítica e clínica*. 2.ed. São Paulo: Ed. 34, 2011.

DELEUZE, G. O que é um dispositivo. In: *O mistério de Ariana*. Lisboa: Vega, 1996. p.1-6.

DELEUZE, G. *Conversações (1972-1990).* Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DELEUZE, G. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O anti-Édipo*: capitalismo e esquizofrenia 1. São Paulo: Ed. 34, 2010.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs*: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 1995. v.1.

DELZIOVO, C. R.; PEDEBÔS, L. A.; MORETTI-PIRES, R. O. *Clínica ampliada* [Recurso eletrônico]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1088/1/PDF%20-%20Livro%20do%20Curso.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

DEMO, P. *Metodologia científica em ciências sociais*. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1995.

DEMO, P. Introdução à metodologia da ciência. São Paulo: Atlas, 1987.

DETTMANN, A. P. S.; ARAGÃO, E. M. A.; MARGOTTO, L. R. Uma perspectiva da clínica ampliada: as práticas da psicologia na Assistência Social. *Fractal: Revista de Psicologia*, v.28, n.3, p.362-9, set./dez. 2016. DOI: 10.1590/1984-0292/1232.

DIMENSTEIN, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia,* Natal, v.5, n.1, p.95-121, jun. 2000. DOI: 10.1590/S1413-294X2000000100006.

DIONÍSIO, G. H.; BENELLI, S. J. (Orgs). *Políticas públicas e clínica crítica.* São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

DOMÈNECH, M.; TIRADO, F.; GÓMEZ, L. A dobra: psicologia e subjetivação. In: SILVA, T. T. (Org.). *Nunca fomos humanos:* nos rastros do sujeito. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p.111-36.

DOR, J. *Clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

DOR, J. *Introdução à leitura de Lacan.* Porto Alegre: Artmed, 1995. v.2.

DOR, J. *Estrutura e perversões.* Porto Alegre: Artmed, 1991.

DOR, J. *Introdução à leitura de Lacan*: o inconsciente estruturado como linguagem. Porto Alegre: Artmed, 1989.

DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica*: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense, 1995.

DUNKER, C. I. L. Crítica da razão diagnóstica: psicanálise, psicopatologia, DSM. In: KYRILLOS NETO, F.; CALAZANS, R. (Orgs.). *Psicopatologia em debate*: controvérsias sobre os DSMs. Barbacena: EdUEMG, 2012. p.33-73.

DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica* – uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento. São Paulo: Annablume, 2011a.

DUNKER, C. I. L. O nascimento da clínica. In: *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011b. p.389-481.

DUTRA, E. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia,* Natal, v.9, n.2, p.381-7, ago. 2004. DOI: 10.1590/S1413-294X2004000200021.

ELIA, L. *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

ERIBON, D. *Michel Foucault e seus contemporâneos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996a.

ERIBON, D. A dependência do sujeito (Foucault e Lacan). In: *Michel Foucault e seus contemporâneos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996b. p.139-55.

ERIBON, D. *Michel Foucault, 1926-1984*. Lisboa: Livros do Brasil, 1990.

ESCÓSSIA, L.; MANGUEIRA, M. Para uma psicologia clínico-institucional a partir da desnaturalização do sujeito. *Revista do Departamento de Psicologia* – UFF, v.17, n.1, p.93-101, jan./jun. 2005. DOI: 10.1590/S0104-80232005000100007.

ESTELLITA-LINS, C. Michel Foucault e a clínica. In: QUEIROZ, A.; CRUZ, N. V. (Orgs.). *Foucault, hoje?* Rio de Janeiro: 7Letras, 2007. p.150-61.

EUZÉBIOS FILHO, A. Psicologias para além do consultório e a questão social no Brasil: desafios para a crítica em tempos de neoliberalismo. In: *Psicologia(s) para além do consultório – reflexões e contextos de atuação.* Curitiba: Juruá, 2017. p.15-31.

EUZÉBIOS FILHO, A.; GUZZO, R. S. L. Marxismo e teoria da personalidade: uma análise do sujeito histórico. *Cadernos Cemarx*, n.6, p.45-60, 2009. Disponível em: https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/cemarx/article/view/10774/6030. Acesso em: 8 jul. 2023.

EVANGELISTA, W. J. Psicanálise e história: inconsciente, temporalidade e história da psicanálise. *Psicologia e Psicanálise*. Instituto de Psicologia da UFRJ, n. 3, p. 37-52, 1991.

FADIMAN, J.; FRAGER, R. *Teorias da personalidade*. São Paulo: Harbra, 2002.

FARIAS, M. C. A. *Direitos humanos e psicanálise:* proposta de um novo paradigma de trabalho. 2006. 103f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Psicologia_FariasMC_1.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

FEIJOO, A. M. L. A psicologia clínica: técnica e *téchne*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.9, n.1, p.87-93, abr. 2004. DOI: 10.1590/S1413-73722004000100011.

FEITOSA FILHO, O. A. Um olhar psicanalítico sobre a vigorexia. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, v.14, n.1, p.162-71, abr. 2014. DOI: 10.5020/23590777.14.1.162-171.

FENICHEL, O. *Teoria psicanalítica das neuroses: fundamentos e bases da doutrina psicanalítica*. São Paulo: Atheneu, 2005.

FERES-CARNEIRO, T. Construindo saberes em psicologia: o desafio de articular diferentes teorias e práticas. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v.22, n.4, p.953-64, dez. 2014. DOI: 10.9788/TP2014.4-21.

FERRAZZA, D. A.; CRUZ, M. G. A. A procura da pedra da loucura: apontamentos sobre o processo de biologização da psiquiatria. *Athenea Digital*, v.18, n.3, p.1-17, nov. 2018. DOI: 10.5565/rev/athenea.2157.

FERREIRA, A. A. L. O surgimento da psicologia e da psicanálise nos textos da genealogia foucaultiana. *Memorandum*, v.10, n.1, p.71-84, abr. 2006. Disponível em: https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6733/4306. Acesso em: 8 jul. 2023.

FERREIRA, A. A. L. Verdade e desejo: a hermenêutica confessional como condição de surgimento dos saberes psi. *Memorandum*, v.8, n.1, p.130-40, 2005. Disponível em: https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6768/4341. Acesso em: 8 jul. 2023.

FERREIRA, A. A. L.; CURVELLO, F. V.; MONTEIRO, G. G. Técnica de governo e práticas psicológicas: humanismo e empreendedorismo. *Temas em Psicologia*, v.17, n.1, p.261-74, 2009. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751433020.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

FERREIRA, A. P. Ação e reflexão no campo dos cuidados. In: ALBERTI; S. ELIA, L. (Orgs.). *Clínica e pesquisa em Psicanálise.* Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. p.145-54.

FERREIRA, I. G. *O sujeito e as drogas*: uma clínica para além da descrição sintomatológica. 2016. 191f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2016. Disponível em: https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/18831/2/Isaias%20Gon%C3%A7alves%20Ferreira.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

FERREIRA, N. S. A. As pesquisas denominadas "estado da arte". *Educação e Sociedade*. Campinas: Unicamp, v.23, n.79, p.257-72, ago. 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/j/es/a/vPsyhSBW4xJT48FfrdCtqfp/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 8 jul. 2023.

FERREIRA NETO, J. L. *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig, 2011.

FERREIRA NETO, J. L. Uma genealogia da formação do psicólogo brasileiro. *Memorandum*, v.18, n.1, p.130-42, 2010. Disponível em: https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6645/4219. Acesso em: 8 jul. 2023.

FERREIRA NETO, J. L. Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.21, n.1, p.110-18, 2008. DOI: 10.1590/S0102-79722008000100014.

FERREIRA NETO, J. L. Artes da existência: Foucault, a Psicanálise e as práticas clínicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.23 n.2, p.177-84, abr./jun. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ptp/a/vYjFPnQtjTvBpj7Cw4JftYs/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 8 jul. 2023.

FERREIRA NETO, J. L. *A formação do psicólogo.* Clínica, social e mercado. São Paulo: Escuta, 2004.

FERREIRA NETO, J. L. et al. Usos da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.5, p.831-42, maio 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/nK4tDCJrsSpFTmrdXbhT9dw/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 8 jul. 2023.

FIGUEIREDO, A. C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos*: a clínica psicanalítica no ambulatório público. 3.ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

FIGUEIREDO, L. C. M. *Revisitando as psicologias*: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos. Petrópolis: Vozes, 2009.

FIGUEIREDO, L. C. M. *A invenção do psicológico*: quatro séculos de subjetivação (1500-1900). 7.ed. São Paulo: Escuta, 2007.

FIGUEIREDO, L. C. M. *Psicologia*: uma introdução. Uma visão histórica da Psicologia como ciência. São Paulo: Educ, 1991.

FIGUEIREDO, L. C. M., SANTI, P. L. R. *Psicologia*: uma (nova) introdução. *Uma visão histórica da psicologia como ciência.* 2.ed.. São Paulo: Educ, 2002.

FINK, B. Introdução clínica à psicanálise lacaniana. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.

FINK. B. *Fundamentos da técnica psicanalítica*: uma abordagem lacaniana para praticantes. São Paulo: Blucher, 2017.

FINK, B. *O sujeito lacaniano*: entre a linguagem e o gozo. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

FIOCHI, P. I. C. Q. *Entre laços e nós*: (im)possibilidades de um psicanalista nos espaços de Educação Permanente em Saúde. 2015. 168f. Tese (Doutorado em Psicologia)- – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2015. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/handle/11449/135967. Acesso em: 8 jul. 2023.

FIORINI, H. J. *Teoria e técnicas de psicoterapias*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FIRST, M. B.; FRANCES, A.; PINCUS, H. A. (Org.) *Manual de diagnóstico diferencial do DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FLEMING, M. *Ideologia e práticas psiquiátricas*. Porto: Afrontamento, 1976.

FONSECA, D. F. *Expressividades*: pensamento, produção de subjetividades, enlaces e embates na experimentação clínica. 2012. 151f. Tese

(Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012. Disponível em: http://slab.uff.br/wp-content/uploads/sites/101/2021/06/2012_t_Denise.pdf. Acesso em: 8 jan. 2023.

FONSECA, D. F. F. *Avessos de cidadania*: um exercício analítico. 1997. 129f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

FONSECA, M. A. *Michel Foucault e a constituição do sujeito.* São Paulo: Educ, 1995.

FONSECA, T. M. G. et al. Microfascismos em nós: práticas de exceção no contemporâneo. *Psicologia Clínica,* Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.31-45, 2008. DOI: 10.1590/S0103-56652008000200003.

FONSECA, T. M. G., et al. Pesquisa e acontecimento: o toque no impensado. *Psicologia em Estudos*, Maringá, v.11, n.3, p.655-60, set./dez. 2006. DOI: 10.1590/S1413-73722006000300022.

FONSECA, T. M. G.; COSTA, L. A. As durações do devir: como construir objetos-problema com a cartografia. *Fractal, Revista de Psicologia*, v.25, n.2, p.415-32, maio/ago. 2013. DOI: 10.1590/S1984-02922013000200012.

FONSECA, T. M. G.; KIRST, P. G. O desejo de mundo: um olhar sobre a clínica. *Psicologia & Sociedade*, v.16, n.3, p.29-34, set./dez. 2004. DOI: 10.1590/S0102-71822004000300004.

FONSECA, T. M. G., KIRST, P. G. *Cartografias e devires*: a construção do presente. Porto Alegre: Ed. UFGRS. 2003.

FONTENELE, A. F. G. T. *Psicologia e Sistema Único da Assistência Social – SUAS.* Estudo sobre a inserção dos psicólogos nos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS. 2008. 185f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/1250/1/2008_dis_AFGTFontenele.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

FORBES, J. *Os eixos da subversão psicanalítica*: os quatro discursos, 1993. Disponível em: http://www.psicanaliselacaniana.com/estudos/documents/Oseixosdasubversaoanalitica-osquatrodiscursos.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

FOUCAULT, M. *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, M. *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica.* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2002a.

FOUCAULT, M. Lacan, o "Liberatore" da psicanálise. In: *Ditos e escritos*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002b. p.329-30.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1999a.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1999b.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir:* nascimento da prisão 20.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999c.

FOUCAULT, M. *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica:* para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense, 1995. p.231-49.

FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 1985a.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade:* O cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 1985b.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade:* O uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade:* A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FRAGA, F. C.; GUIMARÃES, C. F. Desvios, devires e cartografias da clínica "psi" na atualidade. *Saúde em Redes*, v.2, n.1, p.73-80, 2016. DOI: 10.18310/2446-4813.2016v2n1p73-80.

FRANÇA, A. C. S. L. G. A saúde mental e a subjetividade-cidadã. *Fractal Revista de Psicologia*, v.20, n.1, p.129-34, jan./jun. 2008. DOI: 10.1590/S1984-02922008000100014.

FRANÇA, V. N.; COSTA, I. I. Da clínica do olhar à clínica da escuta: uma passagem pela Clínica da Reforma no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. In: AMPARO, D. M.; LAZZARINI, E. R.; SILVA, I. M.; POLEJACK, L. (Orgs.). *Psicologia clínica e cultura contemporânea*. Brasília: Technopolitik, 2017. v. 3. p.761-78.

FREIRE FILHO, J. (Org.). *Ser feliz hoje*: reflexões sobre o imperativo da felicidade. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2010.

FREITAS, C. R. *Por outra perspectiva ética das práticas de cuidado e governo no contemporâneo*. 2008. 104f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, 2008.

FREITAS, M. T. A. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. *Cadernos de Pesquisa*, n.116, p.21-39, jul. 2002. DOI: 10.1590/S0100-15742002000200002.

FREUD, S. Caminhos da terapia psicanalítica (1919). In: FREUD, S. *Obras Completas de Sigmund Freud.* São Paulo: Companhia das Letras, 2010. v.14, p.279-292.

FREUD, S. Análise terminável e interminável (1937). In: *Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1975. v.23. p.239-87.

FURLAN, V. Psicologia e a política de direitos: percursos de uma relação. *Psicologia: Ciência e Profissão,* v. 37, n.esp., p.91-102, 2017. DOI: 10.1590/1982-3703070002017.

FURLAN, V.; PELISSARI, M. A. Psicologia e os contextos socio-político--cultural e das políticas sociais do século XXI. *Psicologia: Ciência e Profissão,* v.33, n. esp., p.24-31, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/pRtqzZcKHccWqLqSCThbX7y/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 8 jul. 2023.

FURTADO, M. A.; SZAPIRO, A. M. Novos dispositivos de subjetivação: o mal estar na cultura contemporânea. *Revista Polis e Psique,* v.5, n.3, p.166-85, 2015. DOI: 10.22456/2238-152X.55222.

FURTADO, O.; GONZÁLEZ-REY, F. *Por uma epistemologia da subjetividade*: um debate entre a teoria sócio-histórica e a teoria das representações sociais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

GALIEGO, A. H. B. *O dispositivo intercessor como modo de produção do conhecimento:* construção do saber na práxis de um Centro de Atenção Psicossocial. Álcool e outras drogas. 2013. 78f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2013. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97528/000721719.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 8 jul. 2023.

GALINDO, D. C. G. et al. Medicalização e governo da vida e subjetividades: o mercado da saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia,* Rio de Janeiro, v.16 n.2 p.346-65, 2016. DOI: 10.12957/epp.2016.29164.

GARCIA, A. S. *Atenção primária e Atenção Psicossocial:* Dispositivo Intercessor como operador da produção de conhecimento na Saúde Coletiva. 2013. 133f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2013. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/105588/garcia_as_dr_assis.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 8 jul. 2023.

GARCIA, J. R. L. *Quando Narciso acha feio o que é espelho*: o sofrimento do sujeito contemporâneo no adoecimento dermatológico. 2010. 121f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Universidade de São Paulo, São Paulo,

2010. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-29072010-094634/publico/garcia_do.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

GARCIA-ROZA, L. A. *Freud e o inconsciente.* 24.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

GIDDENS, A. *A transformação da intimidade:* sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Unesp, 1993.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa.* São Paulo: Atlas, 1987.

GOLDEMBERG, R (Org.). *Goza! Capitalismo, globalização e psicanálise.* Salvador: Ágalma, 1997.

GOLDSTEIN, T. S. *Psicologia e mundo contemporâneo:* o que quer e o que pode essa clínica? 2013. 213f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-30082013-163938/publico/goldstein_do.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

GOMES, C. A. V. O lugar do afetivo no desenvolvimento da criança: implicações educacionais. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.18, n.3, p.509-18, jul./set. 2013. DOI: 10.1590/S1413-73722013000300012.

GOMEZ, A. D.; GONZÁLEZ-REY, F. Subjetividad: una perspectiva histórico cultural: Conversación con el psicólogo cubano Fernando González-Rey. *Universitas Psychologica*, v.4, n.3, p.373-83, oct./dic. 2005. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64740311. Acesso em: 8 jul. 2023.

GONÇALVES FILHO, J. M. O fenômeno psicossocial e o problema de sua proposição. In: SILVA JUNIOR, N.; ZANGARI, W. (Orgs.). *A psicologia social e a questão do hífen.* [livro eletrônico]. São Paulo: Blucher, 2017. p.31-40.

GONÇALVES FILHO, J. M. Humilhação social – um problema político em Psicologia. *Psicologia USP*, v.9, n.2, p.11-67, 1998. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/107818/106159. Acesso em: 8 jul. 2023.

GONÇALVES, M. A. et al. (Orgs.). *Psicologia, direitos humanos e movimentos sociais*: capturas e insurgências na cidade. Florianópolis: Abrapso, 2017. In: PEREIRA, M. S.; GALINDO, D.; RASERA, E. F. Coleção Encontros em Psicologia Social. v.3. Disponível em: https://site.abrapso.org.br/wp-content/uploads/2021/09/colecao_encontros_volume3.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

GONÇALVES, M. G. M. *Psicologia, subjetividade e políticas públicas*. São Paulo: Cortez, 2010.

GONDAR, J. A clínica como prática política. *Lugar Comum*, n.19, p.125-34, 2004.

GONZÁLEZ-REY, F. *Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade*: uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Cengage Learning, 2007.

GONZÁLEZ-REY, F. *O social na psicologia e a psicologia social*: a emergência do sujeito. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

GONZÁLEZ-REY, F. *Sujeito e subjetividade*: uma aproximação histórico--cultural. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

GROS, F. (Org.) *Foucault*: a coragem da verdade. São Paulo: Parábola, 2004.

GUARESCHI, N. M. F.; HÜNING, S. M. (Orgs.) *Foucault e a psicologia*. Porto Alegre: Abrapso Sul, 2005.

GUARESCHI, P. A. ética e paradigmas. In: PLONER, K. S. et al. (Orgs.). *Ética e paradigmas na psicologia social.* Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p.17-33.

GUATTARI, F. O novo paradigma estético. In: SCHNITMAN, D. F. (Org.). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artmed, 1996. p.121-37.

GUATTARI, F. Da produção da subjetividade. In: *Caosmose*: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992. p.11-44.

GUATTARI, F. *Revolução molecular:* pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica*: cartografias do desejo. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

GUEDES, A. *Foucault*. São Paulo: Melhoramentos, Edusp, 1977.

GUIMARÃES, G. F. *A clínica do desenraizamento*: atendimento a crianças em situação de risco. 2007. 102f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15626/1/Giselle%20Faria%20Guimaraes.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

GUIMARÃES, N. A. *A prática da psicologia clínica em questão*: considerações sobre a inserção social do psicólogo clínico. 1982. 187f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1982.

GUIRADO, M. Psicologia institucional: o exercício da Psicologia como instituição. *Interação em Psicologia*, v.13, n.2, p.323-33, 2009. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/viewFile/9447/11377. Acesso em: 8 jul. 2023.

GUIRADO, M. Vértices da pesquisa em psicologia clínica. *Psicologia USP*, São Paulo, v.8, n.1, p.143-55, 1997. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/107583/106002. Acesso em: 8 jul. 2023.

GULA, P.; PINHEIRO, N. Entre o limite e a esperança: relato de uma experiência em psicologia institucional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.27, n.2, p.358-67, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v27n2/v27n2a15.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

HAINZ, C. G.; COSTA-ROSA, A. A oficina terapêutica como intercessão em problemáticas de sujeitos constituídos por foraclusão. *Psicologia em Estudos*, v.14, n.2, p. 405-12, 2009.

HANSEN, J. et al. Prontidão escolar: uma experiência de pesquisa-intervenção. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.64, n.2, p.115-29, 2012. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229023851010.

HARDT, M.; NEGRI, A. *Império*. São Paulo: Record, 2001.

HARVEY, D. *A condição pós-moderna*. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

HEIDBREDER, E. *Psicologias do século XX*. São Paulo: Mestre Jou, 1969.

HENRIQUES, R. P. *A psiquiatria do DSM*: pílulas para que te quero. São Cristóvão: UFS, 2015.

HENRIQUES, R. P. O discurso da medicalização e a saúde como ideal: o que há de novo nos "novos sujeitos"? In: BIRMAN, J. et al. *A fabricação do humano*: psicanálise, subjetivação e cultura. São Paulo: Zagodoni, 2014. p.83-94.

HOFFMANN, G. H.; PRADO FILHO, K. Da ética como reflexão para ética como constituição de si: ecos entre Foucault e Lacan. *Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder*. Florianópolis, ago. 2008. Disponível em: http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/fg8/sts/ST50/Hoffmann-Prado_Filho_50.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

HOLCK, A. L.; VIEIRA, M. A.; (Ed.); MACHADO, O. M. R.; GROVA, T. (Org.). *Psicanálise na Favela* – Projeto Digaí-Maré: a clínica dos grupos. Rio de Janeiro: Associação Digaí-Maré, 2008.

HOLMES, D. S. *Psicologia dos transtornos mentais*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

HUR, D. U. A perspectiva esquizoanalítica. *Grandes temas do conhecimento Psicologia: Psicoterapia*, São Paulo, n.1, p.21-7, 16 mar. 2015.

HUTZ, C. S. (Org.). *Violência e risco na infância e adolescência*: pesquisa e intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

IANNINI, G. *Estilo e verdade em Jacques Lacan*. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

JACQUES, M. G. C. *Psicologia social contemporânea*. Petrópolis: Vozes, 1998.

JAEGER, R. L.; ROMANINI, M. Ampliação da clínica, amplificação da doença: a instituição do cuidar em análise. *Polis e Psique*, v.2, n.2, p.150-4, 2012. DOI: 10.22456/2238-152X.39808.

JAMESON, F. *A virada cultural:* reflexões sobre o pós-moderno. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

JAMESON, F. A lógica cultural do capitalismo tardio. In: *O pós-modernismo.* São Paulo: Ática, 2000. p.27-79.

JARDIM, L. L. El malestar en la psicopatología contemporánea. *Psicologia USP,* v.27, n.2, p. 326-31, maio/ago. 2016. DOI: 10.1590/0103-656420150006.

JORGE, M. A. C. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

JUSTO, J. S.; SANCHES, R. S.; ROZENDO, A. S. Psicologia e as tramas do social no contemporâneo. *ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjetividade,* v.2, n.1, p.33-46, 2012. Disponível em: http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/812/655. Acesso em: 8 jul. 2023.

KAFROUNI, R. O papel da categoria subjetividade na compreensão do contexto comunitário e da intervenção transformadora. *Estudos de Psicologia,* Campinas, v.30, n.1, p.121-9, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/estpsi/a/jjzXLMMHjJmGv54JMvy9gwy/?lang=en&format=pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

KAHHALE, E. M. S. P.; MONTREOZOL, J. R. A clínica na psicologia sócio-histórica: uma abordagem dialética. In: TOASSA, G.; SOUZA, T. M. C.; RODRIGUES, D. J. S. (Orgs.). *Psicologia sócio-histórica e desigualdade social*: do pensamento à práxis. [Ebook]. Goiânia: Editora da Imprensa Universitária, 2019. p.185-205. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1249/o/gisele_toassa-EBOOK.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. E.; GREBB, J. A. *Compêndio de psiquiatria*: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artmed, 1997.

KASTRUP, V. A psicologia na rede e os novos intercessores. In: FONSECA, T. G; FRANCISCO, D. J. (Orgs.). *Formas de ser e habitar a contemporaneidade*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2000. p.13-22.

KAUFMANN, P. (Ed.) *Dicionário enciclopédico de psicanálise*: o legado de Freud e Lacan. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

KEHL, M. R. *O tempo e o cão*: A atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009.

KEHL, M. R. *Sobre ética e psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

KINKER, F. S.; IMBRIZI, J. M. O mito das oficinas terapêuticas. *Polis e Psique*, Porto Alegre, v.5, n.3, p.61-79, dez. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v5n3/n5a05.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. 11.ed.. São Paulo: Editora Perspectiva, 2011.

KUHN, T. S. *O caminho desde a estrutura*: ensaios filosóficos, 1970-1993. São Paulo: Unesp, 2006.

KUPFER, M. C. *Freud e a educação*: o mestre do impossível. São Paulo: Scipione, 1989.

KYRILLOS NETO, F.; CALAZANS, R. (Orgs.). *Psicopatologia em debate*: controvérsias sobre os DSMs. Barbacena: EdUEMG, 2012.

L'ABBATE, S. Análise Institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*, v.8, n.1, p.194-219, 2012. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41580/28849. Acesso em: 8 jul. 2023.

LACAN, J. *O Seminário, livro 20*: Mais ainda (1972-1973). Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LACAN, J. *Meu ensino*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006a.

LACAN, J. *O Seminário, livro 12*: problemas cruciais para a psicanálise (1964-65). Recife: Centro de Estudos Freudiano, 2006b.

LACAN, J. O aturdito (1973). In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003a. p.448-97.

LACAN, J. Televisão (1973). In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003b. p. 508-43.

LACAN, J. *O Seminário, livro 5. As formações do inconsciente* (1957-58). Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

LACAN, J. *Escritos.* Rio de Janeiro: Zahar, 1998a.

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu (1949). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998b. p.96-103.

LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios do seu poder (1958). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998c. p.591-652.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998d. p.238-324.

LACAN, J. Posição do inconsciente (1964). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998e. p.843-64.

LACAN, J. *O Seminário, livro 17*: o avesso da psicanálise (1969-70). Rio de Janeiro: Zahar, 1992.LACAN, J. *O Seminário, livro 7*: A ética da psicanálise (1959-60). Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

LACAN, J. *O Seminário, livro 11*. Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise (1964). Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2005.

LANE, S. T. M.; CODO, W. (Orgs.) *Psicologia Social*: o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 2001.

LARA, L.; GUARESCHI, N. M. F.; HÜNING, S. M. Saúde da criança: produção do sujeito cidadão. *Estudos de Psicologia*, v.12, n.2, p.395-415, 2012.

Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v12n2/v12n2a05.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

LARROSA, J. O ensaio e a escrita acadêmica. *Revista Educação e Realidade* (Porto Alegre), v.28, n.2, p.101-15, jul./dez. 2003. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/25643/14981. Acesso em: 8 jul. 2023.

LARROSA, J. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, T. T. (Org.). *Os sujeitos da educação:* estudos foucaultianos. Petrópolis: Vozes, 1994. p.35-86.

LAURENT, E. *A sociedade do sintoma*: a psicanálise, hoje. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007.

LAURENT, E. Lacan y los discursos. In: *Lacan y los discursos*. Buenos Aires: Manantial, 1992. p.11-48.

LAURENTI, C. Trabalho conceitual em psicologia: pesquisa ou "perfumaria"? *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.17, n.2, p.179-81, jun. 2012. DOI: 10.1590/S1413-73722012000200001.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A construção do saber*: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LEITE, J. F.; DIMENSTEIN, M. Mal-estar na psicologia: a insurreição da subjetividade. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v.2, n.2, p.9-26, set. 2002. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v2n2/02.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

LEITE, L.; ARAGÃO, E. M. A. O exercício ético na constituição do sujeito político como cidadão. *Fractal – Revista de Psicologia*, v.22, n.3, p.543-556, 2010.

LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v.10, n.1, p.281-95, 2010. Disponível em: http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a18.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

LENZI, J. Contribuições da psicanálise para a clínica de atenção psicossocial. *Revista aSEPHallus*, Rio de Janeiro, v.8, n.16, maio/out. 2013. Disponível em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_16/artigo_05.html. Acesso em: 8 jul. 2023.

LEONARDI, J. L.; MEYER, S. B. Prática baseada em evidências em Psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.35, n.4, p.1139-56, 2015. DOI: 10.1590/1982-3703001552014.

LERNER, R. Atualidades na investigação em psicologia e psicanálise. São Paulo: Blucher, 2018.

LÉVY, A. et al. *Psicossociologia*: análise social e intervenção. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

LIBANEO, J. C. Tendências pedagógicas na prática escolar. In: LUCKESI, C. C. *Filosofia da Educação*. São Paulo: Cortez, 1994. p.53-74.

LIMA, C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Katálysis*, Florianópolis, v.10, n.esp, p.37-45, 2007. DOI: 10.1590/S1414-49802007000300004.

LIMA, E. A.; FERREIRA NETO, J. L.; ARAGON, L. E. *Subjetividade contemporânea:* desafios teóricos e metodológicos. Curitiba: CRV, 2010.

LIMA, M. J. *A clínica psicológica contemporânea como ação social*. 2015. 198f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/15428. Acesso em: 8 jul. 2023.

LIMA, M. M.; ALTOÉ, S. (Orgs). *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

LIMA, P. M.; CARVALHO, C. F. C. A psicoterapia sócio-histórica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.33, n.esp., p.154-63, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/V3bMjf9VW6H8sDDRdfNwfDB/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 8 jul. 2023.

LISBOA, F. S.; BARBOSA, A. J. G. Formação em psicologia no Brasil: um perfil dos cursos de graduação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.29, n.4, p.718-37, 2009. DOI: 10.1590/S1414-98932009000400006.

LOBO, L.; CASSOLI, T. Circo social e práticas educacionais não governamentais. *Psicologia & Sociedade*, v.18, n.3, p.62-7, set./dez. 2006. DOI: 10.1590/S0102-71822006000300009.

LONDERO, M. F. P. *O acontecer na clínica*: quando o criar resiste ao cotidiano. 2011. 85f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/32009/000786174.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 8 jul. 2023.

LOPES, P. C. *Pragmática do desejo*: aproximações a uma teoria da clínica em Félix Guattari e Gilles Deleuze. 1996. 159f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1996.

LOPES BESSET, V. Um sujeito no mercado das pílulas. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, v.17, n.3, supl., p.616-25, jul./set. 2014. DOI: 10.1590/1415-4714.2014v17n3-Suppl.p616.4.

LOURAU, R. *A análise institucional*. 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

LUZIO, C. A.; SINIBALDI, B. Atenção Psicossocial e psicologia: um mapeamento da produção científica. *Revista de Psicologia da Unesp*, v.12, n.2, p.44-52, 2012. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/

bitstream/handle/11449/126743/ISSN1984-9044-2012-12-02-99-110.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 8 jul. 2023.

MACEDO, J. P. S. *O psicólogo no campo do bem-estar*: cartografias de práticas na saúde e na assistência social. 2007. 245f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/17408/1/JoaoPauloSM.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. Expansão e interiorização da Psicologia: reorganização dos saberes e poderes na atualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão,* v.31, n.2, p.296-313, 2011. DOI: 10.1590/S1414-98932011000200008.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. Psicologia e a produção do cuidado no campo do bem-estar social. *Psicologia & Sociedade,* v.21, n.3, p.293-300, dez. 2009. DOI: 10.1590/S0102-71822009000300002.

MACHADO, E. M. *Risco e proteção*: busca por uma compreensão não linear desses constructos. 2004. 130f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2004.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Por uma clínica da expansão da vida. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação,* v.13, supl.1, p.515-21, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/YypQH7HJ7DqLYnV9VDpBnWy/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

MACHADO, L. V.; LESSA, P. S. Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. *Psicologia & Sociedade,* v.24, n.3, p.741-3, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/psoc/a/gn4SK9qff8pjy4ztLr3ZzyP/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 8 jul. 2023.

MACHADO, M. N. *Práticas psicossociais*: pesquisando e intervindo. Belo Horizonte: Campo Social, 2004.

MACHADO, R. *Ciência e saber:* a trajetória arqueológica de Michel Foucault. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MACIEL, A. Clínica, indeterminação e biopoder. In: COMISSÃO DOS DIREITOS HUMANOS DO CRP- RJ [Org.]. *Direitos Humanos: o que temos a ver com isso?* Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2007. p.55-62. Disponível em: http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/04/direitoshumanos.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

MAGALHÃES, T. C. Da arqueologia ao ensaio filosófico: a problemática de uma ontologia do presente em Foucault. *Síntese,* v.14, n.40, p.59-83, 1987. Disponível em: https://www.faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/view/1913/2216. Acesso em: 8 jul. 2023.

MAGNO, MD. *Ad sorores quatuor*: os quatro discursos de Lacan. Rio de Janeiro: NovaMente, 2007.

MAGNO, MD. *Pedagogia freudiana*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1993.

MAIA, A. F. Psicologia, política e direitos humanos: ambiguidades e contradições. *RIDH*, Bauru, v.2, n.2, p.131-44, 2014. Disponível em: http://hdl.handle.net/11449/125086. Acesso em: 8 jul. 2023.

MAIRESSE, D.; FONSECA, T. M. G. Devir de diferença/devir de identidade: paradoxos do mundo contemporâneo. In: SILVEIRA, A. F., et al. (Org). *Cidadania e participação social* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p.133-41. Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/hn3q6/pdf/silveira-9788599662885.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

MALISKA, M. E. *Foucault e Lacan*: articulações possíveis. Anais do IX Encontro do CELSUL, Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, SC, out. 2010. Disponível em www.celsul.org.br/Encontros/09/artigos/Mauricio%20Maliska.pdf Obtido em 10/91/2010.

MALUF, P. P. *A construção da demanda por ajuda psicológica e o trabalho psicanalítico com as classes populares.* 2007. 146f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/4269/1/Paula%20Penatti%20Maluf-Dissertacao.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

MANCEBO, D. Modernidade e produção de subjetividades: breve percurso histórico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.22, n.1, p.100-11, mar. 2002. DOI: 10.1590/S1414-98932002000100011.

MANSANO, S. R. V. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. *Revista de Psicologia da Unesp*, v.8, n.2, p.110-17, 2009. Disponível em: https://revpsico-unesp.org/index.php/revista/article/view/78. Acesso em: 8 jul. 2023.

MARANHÃO, M. A. F. A. *Clínica nas trincheiras*: sobre o atendimento clínico a crianças em uma favela do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009. 120f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrSeq=13632@2. Acesso em: 8 jul. 2023.

MARCELLI, D. Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra. 5.ed. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

MARIANO, M. L. H. S. *Psicanálise e cidadania*: uma intervenção do praticante de Psicanálise no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e outras questões. Curitiba: CRV, 2011.

MARIGUELA, M. Genealogia da ética: o sujeito em questão. *Educação Temática Digital*, Campinas, v.8, n.esp., p.204-26, jun. 2007. DOI: 10.20396/etd.v8i0.700.

MARMELSZTEJN, R. *Psicoterapia para crianças e adolescentes abrigados*: construindo uma forma de atuação. 2006. 234f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15509/1/Renata%20Marmelsztejn.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

MARTINI, R. B. *O dispositivo intercessor como meio de superação dialética da medicalização da saúde mental.* 2010. 95f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2010. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/handle/11449/97613. Acesso em: 8 jul. 2023.

MARTINS, J. S. *Sobre o modo capitalista de pensar.* São Paulo, Hucitec, 1978.

MARTINS, N. A. S. *Toxicomanias – sintoma na contemporaneidade*: paradoxo do gozo no encontro do objeto a com o objeto droga. 2008. 152f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise, Saúde e Sociedade) – Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2008.

MASSIMI, M. Persuasão e dinamismo psíquico: investigações na história da cultura ocidental. *Arquivos Brasileiros de Psicologia,* Rio de Janeiro, v.60, n.1, p.132-9, abr. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v60n1/v60n1a12.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

MELMAN, C. *O homem sem gravidade*: gozar a qualquer preço. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003.

MELMAN, C. *Alcoolismo, delinquência, toxicomania*: uma outra forma de gozar. São Paulo: Escuta, 1992.

MELNIK, T.; ATALLAH, A. N. *Psicologia baseada em evidências*: provas científicas da efetividade da psicoterapia. São Paulo: Gen/Santos, 2011.

MELNIK, T.; SOUZA, W. F.; CARVALHO, M. R. A importância da prática da psicologia baseada em evidências: aspectos conceituais, níveis de evidência, mitos e resistências. *Revista Costarricense de Psicología,* v.33, n.2, p.79-92, jul./dic. 2014. Disponível em: http://rcps-cr.org/wp-content/themes/rcps/descargas/2014/2/2-RCP-Vol.33-No2.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

MELO NETO, J. F. *Extensão universitária*: autogestão e educação popular. João Pessoa: Editora Universitária, 2004.

MENCARELLI, V. L.; AIELLO-VAISBERG, T. Cuidado emocional na saúde pública: a psicologia clínica ampliada. In: GIOIA-MARTINS, D. F. (Org.). *Psicologia e Saúde, formação, pesquisa e prática profissional*. São Paulo: Vetor, 2012. p.45-64.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da Saúde. In: MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996. p.233-300.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da Saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C.; REIS, A. F. (Orgs.) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte* – reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-20.

MEXKO, S. *Uma psicóloga psicossocial no CAPS*: contribuições da Psicanálise de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico. 2021. 236f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2021. Disponível em: http://hdl.handle.net/11449/213964. Acesso em: 8 jul. 2023.

MEZAN, R. Problemas de uma história da Psicanálise. In: BIRMAN, J. (Org.). *Percursos na história da Psicanálise.* Rio de Janeiro: Taurus, 1988a. p.15-41.

MEZAN, R. Uma arqueologia inacabada: Foucault e a psicanálise. In: *A vingança da esfinge*: ensaios de psicanálise. São Paulo: Brasiliense, 1988b. p.184-217.

MILLOT, C. *Freud antipedagogo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

MILNER, J-C. Jacques Lacan: pensamento e saber. In: GIROUD, F. et al. *Lacan: você conhece?* São Paulo: Cultura, 1988, p.153-9.

MIRANDA, C. M. *Saúde Mental infanto-juvenil*: uma reflexão sobre políticas públicas a partir do dispositivo intercessor como meio de produção de conhecimento na práxis. 2011. 95f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2011. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/handle/11449/97604?show=full. Acesso em: 8 jul. 2023.

MIRANDA, C. S. N.; FREIRE, J. C. A comunicação terapêutica na abordagem centrada na pessoa. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.64, n.1, p.78-94, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v64n1/v64n1a07.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

MIRANDA, L. L. Subjetividade: a (des)construção de um conceito. In: SOUZA, S. J. (Org). *Subjetividade em questão*: a infância como crítica da cultura. 2.ed. Rio de Janeiro: 7letras, 2005. p.29-46.

MIRON, A. X.; GUARESCHI N. M. F. Compromisso social da Psicologia e Sistema Único de Assistência Social: possíveis articulações. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.37, n.2, p.349-62, abr./jun. 2017. DOI: 10.1590/1982-3703000952014.

MIZOGUCHI, D. H. Os dispositivos e o cuidado de si: a invenção do presente. *Estudos de Psicologia,* Natal, v.21, n.1, p.69-79, jan./mar. 2016. DOI: 10.5935/1678-4669.20160008.

MOLON, S. I. Subjetividade e constituição do sujeito em Vygotsky. Petrópolis: Vozes, 2003.

MONTSERRAT, M. T. V. *O lugar do pai*: subjetividade, clínica e contemporaneidade – Reflexões a partir de uma leitura freudiana. 2003. 134f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-04032010-121845/publico/montserrat_me.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

MORAES, T. D.; NASCIMENTO, M. L. Da norma ao risco: transformações na produção de subjetividades contemporâneas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.7, n.1, p.91-102, jan./jun. 2002. DOI: 10.1590/S1413-73722002000100012.

MORAIS, N. A. *Trajetórias de vida de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social*: entre o risco e a proteção. 2009. 241f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/16660. Acesso em: 8 jul. 2023.

MOREIRA, J. O.; GUERRA, A. M. C. (Orgs.). *A psicanálise nas instituições* públicas: saúde mental, assistência social e defesa social. Curitiba: CRV, 2010.

MOREIRA, J. O.; ROMAGNOLI, R. C.; NEVES, E. O. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão,* v.27, n.4, p.608-21, dez. 2007. DOI: 10.1590/S1414-98932007000400004.

MOREIRA, W. Revisão de literatura e desenvolvimento científico: conceitos e estratégias para confecção. *Janus,* Lorena, v.1, n.1, p.19-30, 2004. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/19/o/Revis__o_de_Literatura_e_desenvolvimento_cient__fico.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

MORETTO, C. C.; TERZIS, A. O sofrimento nas instituições e possibilidades de intervenção grupal. *Arquivos Brasileiros de Psicologia,* v.62, n.3, p.42-7, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v62n3/V62n3a06.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

MOTA, V. A.; COSTA, I. M. G. Relato de experiência de uma psicóloga em um CAPS, Mato Grosso, Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão,* v.37, n.3, p.831-41, jul./set. 2017. DOI: 10.1590/1982-3703004292016.

MOTTA, J. M. A clínica do sujeito lacaniano na Reforma Psiquiátrica. *Correio--Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, Rio de Janeiro, v.43, p.42-50, 2003.

MOYSÉS; COLARES, C. A. L. Medicalização: elemento de desconstrução dos direitos humanos. In: Comissão de Direitos Humanos do CRP-RJ (Org.). *Direitos humanos? O que temos a ver com isso?* Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2007.

MURTA, S. G.; MARINHO, T. P. C. A clínica ampliada e as políticas de Assistência Social: uma experiência com adolescentes no Programa de Atenção Integral à Família. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas*, v.1, n.1, p.58-72, 2009. Disponível em: http://www.crp09.org.br/portal/images/links/repsipp/v1n1a4.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

MUSTACA, A. E. Evaluación objetiva de los tratamientos psicológicos: modelos basados en la ciencia. *Revista Colombiana de Psicología*, v.20, n.1, p.99-106, 2011.

NAFFAH NETO, A. *A psicoterapia em busca de Dioniso*: Nietzsche vista Freud. São Paulo: Educ/ Escuta, 1994.

NAKANO, T. C. Personalidade: estudo comparativo entre dois instrumentos de avaliação. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v.31, n.3, p.347-57, set. 2014. DOI: 10.1590/0103-166x2014000300003.

NASCIMENTO, B. A. O mito da atividade terapêutica. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v.1, n.1, p.17-21, ago. 1990.

NASCIMENTO, C. A. T. et al. (Orgs.) *Psicologia e políticas públicas*: experiências em Saúde Pública. Rio Grande do Sul: CRP 07, 2004.

NASCIMENTO, M. L; MANZINI, J. M; BOCCO, F. Reinventando as práticas psi. *Psicologia & Sociedade*, v.18, n.1, p.15-20, abr. 2006. DOI: 10.1590/S0102-71822006000100003.

NASIO, J. D. *O olhar em psicanálise.* Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

NEIVA, K. M. C. *Intervenção psicossocial:* aspectos teóricos, metodológicos e experiências práticas. São Paulo: Vetor, 2010.

NEUBERN, M. S. Subjetividade e complexidade na clínica psicológica: superando dicotomias. *Fractal, Revista de Psicologia*, v.26, n.3, p.835-52, set./dez. 2014. DOI: 10.1590/1984-0292/971.

NEUBERN, M. S. O terapeuta e o contrato terapêutico: em busca de possibilidades. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v.10, n.3, p.882-97, dez. 2010. DOI: 10.12957/epp.2010.8931.

NEUBERN, M. S. A dimensão regulatória da Psicologia clínica: o impacto da racionalidade dominante nas relações terapêuticas. *Estudos de Psicologia*,

Natal, v.10, n.1, p.73-81, jan./abr. 2005. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/261/26110109.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

NEUBERN, M. S. Três obstáculos epistemológicos para o reconhecimento da subjetividade na psicologia clínica. *Psicologia, Reflexão e Crítica,* v.14, n.1, p.241-52, 2001. DOI: 10.1590/S0102-79722001000100020.

NEVES, C. A. B.; HECKERT, A. L. C. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia,* Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.151-68, 2010. Disponível em: http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a11.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

NEVES, C. A. B.; JOSEPHSON, S. C. A crítica como clínica. In: MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C.; BARROS, M. E. B. (Eds.). *Texturas da psicologia*: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p.99-108.

NEVES, C. E. A. B. Modos de interferir no contemporâneo: um olhar micropolítico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.56, n.1, p.2-19, 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v56n1/v56n1a02.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

NEVES, C. E. A. B. *et al.* Teoria e práticas psicológicas em instituições públicas: uma abordagem transdisciplinar da clínica. *Cadernos de Subjetividade,* v.1, n.1, p.176-86, 1993. ISSN: 0104-1231.

NEVES, R. *As dobras da subjetivação capitalística em Deleuze* (Foucault). s/d. Disponível em http://www.portalsaude.net/rosane_neves_dobras.htm Obtido em 11/11/2010.

NORONHA, A. P. P. Os problemas mais graves e mais frequentes no uso dos testes psicológicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.15, n.1, p.135-42, 2002. DOI: 10.1590/S0102-79722002000100015.

NOVAES, A. (Org.) *O olhar.* São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

OBERG, L. P.; VILHENA, J. Psicologia Comunitária: a clínica ampliada na localidade de Muzema. *Psico,* Porto Alegre, v.42, n.3, p.408-15, jul./set. 2011. Disponível em: https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/5735/6960. Acesso em: 8 jul. 2023.

OLEGÁRIO, F.; HILLESHEIM, B. Incômodos de pesquisa. Verdades e descaminhos. Algumas aproximações. *Signos,* Lageado, v.3, n.2(1), p.19-29, 2011. Disponível em: http://www.univates.br/revistas/index.php/signos/article/view/703/693. Acesso em: 8 jul. 2023.

OLGIVIE, B. *Lacan*: a formação do conceito de sujeito. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

OLIVEIRA, A. V. *Pós-modernidade e sofrimento psíquico*: análise feita a partir de depoimentos de psicólogos clínicos. 2006. 121f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo

Horizonte, 2006. Disponível em: http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Psicologia_OliveiraAV_1.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

OLIVEIRA, I. F.; AMORIM, K. M. O. Psicologia e política social: o trato da pobreza como "sujeito psicológico". *Psicologia Argumento*, v.30, n.70, p.559-66, jul./set. 2012.

OLIVEIRA, M. V. A ação clínica e os espaços institucionais das políticas públicas: desafios éticos e técnicos. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Ano da Psicoterapia*. Textos Geradores. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009. p.106-30.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1998.

PACHECO, O. M. C. A. *Sujeito e singularidade*: ensaio sobre a construção da diferença. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

PAES, M. R. R. *Ensaios de intercessão-pesquisa*: entre significantes e instituições. 2014. 112f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2014. Disponível em: http://hdl.handle.net/11449/110674. Acesso em: 8 jul. 2023.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *A crise da saúde pública e a utopia da Saúde* Coletiva. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIVA, A. C. S. *Sujeito e laço social*: a produção da subjetividade na arqueogenealogia de Michel Foucault. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

PAIVA, G. J. O psicossocial/psicossocial – papel do hífen. In: SILVA JUNIOR, N.; ZANGARI, W. (Orgs.). *A psicologia social e a questão do hífen.* [livro eletrônico]. São Paulo: Blucher, 2017. p.25-9.

PAIVA, I. L. *Os novos quixotes da psicologia e a prática social no âmbito do "terceiro setor"*. 2008. 209f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/17579/1/IlanaLP.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

PAIVA, I. L.; YAMAMOTO, O. H. Formação e prática comunitária do psicólogo no âmbito do "terceiro setor". *Estudos de Psicologia*, Natal, v.15, n.2, p.153-60, ago. 2010. DOI: 10.1590/S1413-294X2010000200004.

PALHARINI, C. *Investigando a pesquisa documental*. 2010. Disponível em: http://cristianopalharini.files.wordpress.com/2010/01/pesquisa-documental.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

PALOMBINI, A. L. Lacan, Deleuze e Guattari: escritas que se falam. *Psicologia & Sociedade*; v.21, n.esp., p.39-42, 2009. DOI: 10.1590/S0102-71822009000400007.

PARKER, I. Desconstruindo o discurso terapêutico: identidade e interioridade. *Psicologia Política,* v.17, n.40, p.431-42, set./dez. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v17n40/v17n40a04.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

PARPINELLI, R. S.; FERNANDES, S. L. Subjetivação e psicologia social: dualidades em questão. *Fractal, Revista de Psicologia,* v.23, n.1, p.191-204, jan./abr. 2011. Disponível em: https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/4823/4664. Acesso em: 8 jul. 2023.

PARPINELLI, R. S.; SOUZA, E. W. F. Pensando os fenômenos psicológicos: um ensaio esquizoanalítico. *Psicologia em Estudo,* Maringá, v.10, n.3, p.479-87, set./dez. 2005. DOI: 10.1590/S1413-73722005000300016.

PASQUALI, L. *TEP – Técnicas de exame psicológico:* os fundamentos. São Paulo: Vetor, 2016.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa,* v.16, n.1, p.71-9, jan./abr. 2000. DOI: 10.1590/S0102-37722000000100010.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Orgs.). Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006a.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Passagens da clínica. In: MACIEL, A.; KUPERMANN, D.; TEDESCO, S. (Orgs.). *Polifonias: Clínica, Política e Criação.* Rio de Janeiro: Contracapa, 2006b. p.89-100.

PASSOS, E.; BENEVIDES. R. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Revista de Psicologia Clínica PUC/RJ,* v.13, n.1, p.89-99, 2001.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs). *Pistas do método da cartografia* – pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. *Pistas do Método da Cartografia:* a experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Sulina, 2016.

PATTO, M. H. S. (Org.). *Formação de psicólogos e relações de poder*: sobre a miséria da psicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

PATTO, M. H. S. Para uma crítica da razão psicométrica. *Psicologia USP*, v.8, n.1, p.47-62, 1997. DOI: 10.1590/S0103-65641997000100004.

PATTO, M. H. S. *A produção do fracasso escolar.* São Paulo: T.A. Queiróz, 1990.

PAULON, S. M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade,* v.17, n.3, p.18-25, set./dez. 2005. DOI: 10.1590/S0102-71822005000300003.

PAULON, S. M. Clínica Ampliada: que(m) demanda ampliações? In: FONSECA, T. M. G.; ENGELMAN, S. (Orgs). *Corpo, arte e clínica*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004. p.259-73.

PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R. C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v.10, n.1, p.85-102, 2010. Disponível em: http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a07.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

PAVÓN-CUÉLLAR, D. Subjetividad y psicología en el capitalismo neoliberal. *Psicologia Política*, v.17, n.40, p.589-607, set./dez. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v17n40/v17n40a11.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

PEIXOTO JUNIOR, C. A. *Singularidade e subjetivação*: ensaios sobre clínica e cultura. Rio de Janeiro: 7Letras e Editora PUC-Rio, 2008.

PEREIRA, E. C. *Ensaio de intercessão institucional em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. 2011. 115f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2011. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/handle/11449/97597. Acesso em: 8 jul. 2023.

PEREIRA, W. C. C. *Clínica transdisciplinar*: há novos sujeitos, novos sintomas, uma nova clínica? Obtido em 21/04/2014. Disponível em: http://200.229.43.1/documentos/william_cesar_clinica.pdf.

PEREIRA, W. C. C. *Nas trilhas do trabalho comunitário e social*: teoria, método e prática. Belo Horizonte: Vozes/PUC Minas, 2001.

PÉRICO, W. *Ensaios sobre psicanálise, instituições e luta de classes no campo da Saúde Mental Coletiva*. 2021. 258f. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/18764. Acesso em: 8 jul. 2023.

PÉRICO, W. *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma Psicotherapia outra*: a clínica do sujeito na saúde coletiva. 2014. 161f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2014. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/handle/11449/110673. Acesso em: 8 jul. 2023.

PÉRICO, W.; COSTA-ROSA, A. *A "emergência" do sujeito em Saúde Mental Coletiva*: das filas de espera à pronta recepção-escuta. Mimeo. Unesp, Assis, 2015a.

PÉRICO, W.; COSTA-ROSA, A. Do terapêutico alienante ao analítico singularizante. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*. Rio de Janeiro, v.10, n.19, p.16-42, nov. 2014/abr. 2015b.

PÉRICO, W.; COSTA-ROSA, A. Sujeito, subjetividade e "ciência" em Freud e Lacan: algumas considerações teóricas prévias a uma intercessão-pesquisa no campo da saúde mental coletiva. *Revista Subjetividades,* Fortaleza, v.14, n.3, p.418-32, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v14n3/06.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

PÉRICO, W.; RINALDI, D. L. A reorientação das práticas ambulatoriais na saúde mental coletiva a partir dos grupos de recepção. *Revista Subjetividades*, v.22, n.1, p.1-14, 2022. DOI: 10.5020/23590777.rs.v22i1.e11285.

PERRUSI, A. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos: saúde mental e individualidade contemporânea. *Tempo Social*, USP, v.27, n.1, p.139-59, 2015. DOI: 10.1590/0103-20702015017.

PEUKER, A. C. et al. Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.14, n.3, p.439-445, jul./set. 2009. DOI: 10.1590/S1413-73722009000300004.

PIMENTEL, A.; FRANCO, V. (Orgs.). *Dimensões sociais da saúde na psicologia clínica.* Belém: Supercores, 2014.

PINTO, J. C. S. G. Integralidade, Clínica Ampliada e Transdisciplinaridade: conceitos para a potencialização das práticas em Saúde Mental. 2007. 2016f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) –Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/2007_d_Julio.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

POGREBINSCHI, T. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. *Lua Nova,* v.63, n.1, p.179-201, 2004. DOI: 10.1590/S0102-64452004000300008.

POLEJACK, L., et al. (Orgs.). *Psicologia e políticas públicas na Saúde*: experiências, reflexões, interfaces e desafios. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

PORTELA, M. A. A crise da psicologia clínica no mundo contemporâneo. *Estudos de Psicologia,* Campinas, v.25, n.1, p.131-40, mar. 2008. DOI: 10.1590/S0103-166X2008000100013.

PORTELLI, H. *Gramsci e o bloco histórico.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

PRADO FILHO, K. Para uma arqueologia da psicologia social. *Psicologia & Sociedade,* v.23, n.3, p.464-8, dez. 2011. DOI: 10.1590/S0102-71822011000300003.

PRADO FILHO, K.; MARTINS, S. A subjetividade como objeto da(s) Psicologia(s). *Psicologia & Sociedade,* v.19, n.3, p.14-19, dez. 2007. DOI: 10.1590/S0102-71822007000300003.

PRADO FILHO, K.; TRISOTTO S. A Psicologia como disciplina da norma nos estritos de M. Foucault. *Revista Aulas,* Especial Dossiê Foucault, n.3, p.1-14, dez. 2006/mar. 2007. Disponível em: http://www.foucault.

ileel.ufu.br/links/dossie-foucault-revista-aulas-unicamp-n-3-dez-2006-mar-2007. Acesso em: 8 jul. 2023.

PÜSCHEL, V. A. A.; IDE, C. A. C.; CHAVES, E. C. Modelos clínicos e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar – bases conceituais. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v.40, n.2, p.261-8, 2006. DOI: 10.1590/S0080-62342006000200015.

QUAYLE, J. Reflexões sobre a formação do psicólogo em psicoterapia: estado da arte e desafios. *Psicologia, Ensino e Formação,* v.1, n.1, p.99-110, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pef/v1n1/09.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

QUINET, A. *Psicose e laço social*: esquizofrenia, paranoia e melancolia. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

QUINET, A. (Org.). *Na mira do Outro*: a paranoia e seus fenômenos. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

QUINET, A. *As 4 + 1 condições da análise.* Rio de Janeiro: Zahar; 2000.

RAJCHMAN, J. *Eros e verdade.* Lacan Foucault e a questão da ética. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.

RAMOS, F. Q. Reflexões sobre o potencial terapêutico dos encontros com crianças e adolescentes em situação de rua no centro da cidade de São Paulo. 2011. 118f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-06102011-151650/publico/ramos_me.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

RAUTER, C. *Clínica do esquecimento*. Niterói: Editora da UFF, 2012.

RAUTER, C.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Orgs.). *Clínica e política:* subjetividade e violação dos direitos humanos. Rio de Janeiro: Te Corá. 2002.

REIS FILHO, J. T.; FRANCO, V. C. (Org.). *Aprendizes da clínica.* Novos fazeres psi. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

REVEL, J. Dispositivo. In: *Michel Foucault:* conceitos essenciais. São Carlos: Claraluz, 2005. p. 39-40.

REVISTA PSICOLOGIA CLÍNICA. *A clínica ampliada*. Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Centro de Teologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia, v.27, n.1, p.1-208, 2015.

RIBEIRO, K. C. R. *A sociedade cínica contemporânea e suas injunções nas subjetividades*. 2012. 124f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012. Disponível em: http://repositorio.uem.br:8080/jspui/bitstream/1/3022/1/000202950.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

RIBEIRO, S. L.; LUZIO, C. A. As diretrizes curriculares e a formação do psicólogo para a saúde mental. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v.14, n.2, p.203-20, dez. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v14n2/v14n2a13.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

RINALDI, D. L. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). *Psicanálise e saúde mental*: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p.141-7.

RINALDI, D. L. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: LIMA, M. M.; ALTOÉ S. (Orgs.) *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. 2005. p.87-106.

RINALDI, D. L.; BURSZTYN, D. C. O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.60, n.2, p.32-9, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v60n2/v60n2a05.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

ROCHA, M. L. Psicologia e as práticas institucionais: a pesquisa-intervenção em movimento. *Revista PSICO*, Porto Alegre, v.37, n.2, p.169-74, maio/ago. 2006. Disponível em: https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1431/1124. Acesso em: 8 jul. 2023.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: Ciência e Profissão,* v.23, n.4, p.64-73, dez. 2003. DOI: 10.1590/S1414-98932003000400010.

ROCHA, T. H. R. *Modos de subjetivação contemporâneos*: considerações psicanalíticas sobre desejo, alteridade e pulsão. 2007. 100f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2007. Disponível em: https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/17277/1/THRRochaDISPRT.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

ROCHA, Z. Para uma clínica psicanalítica do cuidado. *Tempo Psicanalítico,* Rio de Janeiro, v.45, n.2, p.453-71, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v45n2/v45n2a13.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

RODRIGUES, H. B. C. Sobre um parágrafo de Michel Foucault: resposta a muitas questões? In: PATTO, M. H. S. (Org.). *Formação de psicólogos e relações de poder: sobre a miséria da psicologia.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. p.117-36.

RODRIGUES, H. B. C. Intercessores e narrativas: por uma dessujeição metodológica em pesquisa social. *Pesquisas e Práticas Psicossociais,* São João del--Rei, v.6, n.2, p.234-42, ago./dez. 2011. Disponível em: https://www.ufsj.

edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume6_n2/Rodrigues.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

RODRIGUES, R.; TEDESCO, S. Por uma perspectiva ética das práticas de cuidado no contemporâneo In: TEDESCO, S.; NASCIMENTO, M. L. *Ética e Subjetividade*: novos impasses no contemporâneo. Porto Alegre: Sulinas, 2009. p.74-95.

RODRIGUES, R. O.; CRUZ, S. G. F. P. Interlocuções entre psicologia e direitos humanos. *Revista de Ciências Humanas*, v.47, n.2, p.198-210, out. 2013. DOI: 10.5007/2178-4582.2013v47n2p198.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental:* transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v.21, n.2, p166-73, ago. 2009. DOI: 10.1590/S0102-71822009000200003.

ROMAGNOLI, R. C. A invenção como resistência: por uma clínica menor. *Vivência,* Natal, n.32, p. 97-107, 2007.

ROMAGNOLI, R. C. Algumas reflexões acerca da clínica social. *Revista do Departamento de Psicologia* – UFF, v.18, n.2 p.47-56, jul./dez. 2006. DOI: 10.1590/S0104-80232006000200004.

ROMAGNOLI, R. C. et al. Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. *Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação,* Botucatu, v.13, n.30, p.199-207, set. 2009. DOI: 10.1590/S1414-32832009000300016.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Psicanálise, instituição e laço social: o grupo como dispositivo. *Psicologia USP,* 2012, v.23, n.2, p.343-66, 2012. DOI: 10.1590/S0103-65642012005000002.

ROMANOWSKI, J. P.; ENS, R. T. As pesquisas denominadas do tipo "estado da arte" em educação. *Diálogos Educacionais,* Curitiba, v.6, n.6, p.37-50, 2006. Disponível em: https://docente.ifrn.edu.br/albinonunes/disciplinas/pesquisa-em-ensino-pos.0242-posensino/romanowski-j.-p.-ens-r.-t.-as-pesquisas-denominadas-do-tipo-201cestado-da-arte201d.-dialogos-educacionais-v.-6-n.-6-p.-37201350-2006/view. Acesso em: 8 jul. 2023.

ROSA, B. P. G. D *Palavras e pílulas:* sobre o governo do mal-estar na atualidade. 2010. 114f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/35577/35577_1.PDF. Acesso em: 8 jul. 2023.

ROSA, B. P. G. D.; WINOGRAD, M. Palavras e pílulas: sobre a medicamentalização do mal-estar psíquico na atualidade. *Psicologia & Sociedade,* v.23, n.esp., p.37-44, 2011. DOI: 10.1590/S0102-71822011000400006.

ROSAS, P. S. O dilema da psicologia contemporânea. *Psicologia: Ciência e Profissão,* Brasília, v.30, n.esp., p.42-90, dez. 2010. DOI: 10.1590/S1414-98932010000500003.

ROSATO, C. M. Psicologia e Direitos Humanos: cursos e percursos comuns. *Psicologia Revista*, São Paulo, v.20, n.1, p.9-27, 2011. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/issue/view/469. Acesso em: 8 jul. 2023.

ROSE, N. "Inventando nossos eus". In: SILVA, T. T. (Org.). *Nunca fomos humanos*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p.137-204.

ROUDINESCO, E. *História da Psicanálise na França*. A batalha dos cem anos. Volume 1: 1885-1939. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

ROUDINESCO, E. *História da psicanálise na França*. A batalha dos cem anos. Volume 2: 1925-1985. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M. C. S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.6, n.1, p.115-23, 2001. DOI: 10.1590/S1413-81232001000100010.

ROZITCHNER, L. *Freud e o problema do poder*. São Paulo: Escuta, 1989.

SAKAMOTO, C. K. Clínica psicológica: o manejo do *setting* e o potencial criativo. *Boletim de Psicologia*, São Paulo, v.61, n.135, p.149-57, jul. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v61n135/v61n135a03.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

SALECL, R. *Sobre a felicidade* – ansiedade e consumo na era do hipercapitalismo. São Paulo: Alameda, 2012.

SANCHES, D. R. *Discursos diagnósticos pós-lacanianos*: dos fundamentos em psiquiatria às teses sobre um novo sujeito. 2015. 191f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – -Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-05012016-154827/pt-br.php. Acesso em: 8 jul. 2023.

SANTOS, A. A. L. A clínica no século XXI e suas implicações éticas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.21, n.4, p.88-97, dez. 2001. DOI: 10.1590/S1414-98932001000400010.

SANTOS, B. S. *A crítica da razão indolente*: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2009.

SANTOS, B. S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. *Estudos Avançados*, v.2, n.2, p.46-71, ago. 1988. DOI: 10.1590/S0103-40141988000200007.

SANTOS, D. G.; SÁ, R. N. A Existência como "cuidado": elaborações fenomenológicas sobre a psicoterapia na contemporaneidade. *Revista da Abordagem Gestáltica – Phenomenological Studies,* v.19, n.1, p.53-9, jan./jul. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v19n1/v19n1a07.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

SANTOS, E. B. A psicologia histórico-cultural como intercessão no desenvolvimento de alunos da educação de jovens e adultos (EJA) no bairro Vila Maranhão de São Luís. 2012. 144f. Dissertação (Mestrado em Cultura e Sociedade) – -Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2012. Disponível em: https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/43/1/Dissertacao%20Ednan.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

SANTOS, E. J. *O discurso do capitalista e a questão do sujeito no laço social.* 2009. 165f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Psicologia_SantosEJ_1.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

SANTOS, J. S. Transtorno de oposição desafiante: numa perspectiva da Gestalt. In: ANDRADE, A. C. T.; FERREIRA, J. L. *Casos clínicos em psicologia*. Salvador: Sanar, 2019. p.201-3.

SANTOS, K. Y. P. *Feliz para sempre?* Uma análise dos efeitos do uso a longo prazo de antidepressivos. [recurso eletrônico]. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/126223/ISBN9788579836039.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 8 jul. 2023.

SANTOS, L. G.; LEÃO, I. B. O inconsciente sócio-histórico: aproximações de um conceito. *Psicologia & Sociedade,* v.26, n.esp.2, p.38-47, 2014. DOI: 10.1590/S0102-71822014000600005.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais*. São Leopoldo, n.1, v.1, jan./jun. 2009. Disponível em: https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351/pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

SATHLER, C. N. A subjetividade na clínica psicológica: introdução temática e histórica. *Psicólogo inFormação*, v.17, n.17, p.107-21, jan./dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoinfo/v17n17/v17n17a08.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

SAVIANI, D. *Escola e democracia:* polêmicas do nosso tempo. 32.ed. Campinas, SP: Autores Associados, 1999.

SAVIANI, D. *Pedagogia histórico-crítica*: primeiras aproximações. 2.ed. Campinas: Autores Associados, 1991.

SAWAIA, B. B. (Org.) *As artimanhas da exclusão:* análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 1999.

SCHAURICH, A. P. *Psicodiagnóstico interventivo*: novos rumos na prática e na pesquisa em psicologia clínica. 2011. 64f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2011. Disponível em: http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/3356/psicodiagnostico_interventivo.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 8 jul. 2023.

SCHNEIDER, D. R. Uma breve história da clínica e da psicologia clínica. In: *Novas Perspectivas para a Psicologia Clínica* – um estudo a partir da obra *"Saint Genet: comédien et martyr"* de Jean-Paul Sartre. 2002. 339f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002. p.39-61.

SCHULTZ, D. P.; SCHULTZ, S. E. *História da Psicologia Moderna*. São Paulo: Cultrix, 1996.

SENRA, C. M. G.; GUZZO, R. S. L. Assistência social e psicologia: sobre as tensões e conflitos do psicólogo no cotidiano do serviço público. *Psicologia & Sociedade*, v.24, n.2, p.293-9, ago. 2012. DOI: 10.1590/S0102-71822012000200006.

SÈVE, L. *Marxismo y teoría de la personalidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1973.

SÉVIGNY, R. Abordagem clínica nas ciências humanas. In: ARAÚJO, J. N. G.; CARRETEIRO, T.C. (Orgs.). *Cenários sociais e abordagem clínica*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fumec, 2001. p.12-33.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. *O inconsciente é a política*: contribuições do Dispositivo Intercessor para o saber-fazer da Terapia Ocupacional Psicossocial. 2021. 301f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2021. Disponível em: http://hdl.handle.net/11449/202764. Acesso em: 8 jul. 2023.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico para a Terapia Ocupacional*: uma clínica do desejo e do carecimento na Saúde Coletiva. 134f. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2016. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/handle/11449/134320. Acesso em: 8 jul. 2023.

SILVA, A. A.; MÉLLO, R. P. Subjetivação e governamentalidade: questões para a Psicologia. *Fractal: Revista de Psicologia*, v.23, n.2, p.367-88, maio/ago. 2011. Disponível em: https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/4853/4694. Acesso em: 8 jul. 2023.

SILVA, A. C. *Os fundamentos freudianos e as aplicações da psicanálise*: condições, possibilidades e implicações. 2012. 118f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012. Disponível em: https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/27412/R%20-%20D%20-%20SILVA%2c%20ANGELA%20CRISTINA%20DA.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 8 jul. 2023.

SILVA, E. R. Psicologia clínica, um novo espetáculo: dimensões éticas e políticas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.21, n.4, p.78-87, 2001. DOI: 10.1590/S1414-98932001000400009.

SILVA, G. A.; OTTA, E. Psicologia baseada em evidências: uma abordagem promissora a ser descoberta pelos psicólogos. *Boletim Academia Paulista de Psicologia,* v.33, n.84, p.20-9, jan./jun. 2013. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/946/94632386003.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

SILVA, L. B. C. A psicologia na saúde: entre a clínica e a política. *Revista do Departamento de Psicologia* – UFF, v.17, n.1, p.79-92, jan./jun. 2005. DOI: 10.1590/S0104-80232005000100006.

SILVA, L. M.; CANAVÊZ, F. Medicalização da vida e suas implicações para a clínica psicológica contemporânea. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, v.17, n.3, p.117-29, dez. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v17n3/11.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

SILVA, L. S.; SOUZA, L. V.; SCORSOLINI-COMIN, F. Questões contemporâneas (e não contemporâneas) sobre a prática clínica. *Vínculo*, v.9, n.1, p.34-46, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v9n1/a06.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

SILVA, M. C. *A relação do sujeito contemporâneo com o consumo*: uma investigação a partir do discurso do capitalista na hipermodernidade. 2012. 174f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012. Disponível em: http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Psicologia_SilvaMC_1.PDF. Acesso em: 8 jul. 2023.

SILVA, M. C. V. M. *A compreensão da medida e a medida da compreensão: origens e transformações dos testes psicológicos*. 2010. 115f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17403/1/Maria%20Cecilia%20de%20Vilhena%20Moraes%20Silva.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

SILVA, N. Subjetividade. In: JACQUES, M. G. C. et al. *Psicologia social contemporânea*. Petrópolis: Vozes, 2002. p.168-80.

SILVA, R. B. F.; AREOSA, S. V. C. (Orgs). Avaliação psicológica: desafios e possibilidades para a psicologia contemporânea. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2012.

SILVA, R. B.; CARVALHAES, F. F. Psicologia e políticas públicas: impasses e reinvenções. *Psicologia & Sociedade,* v.28, n.2, p.247-56, maio/ago. 2016. DOI: 10.1590/1807-03102016v28n2p247.

SILVA, R. C. Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania. São Paulo: Vetor, 2002.

SILVA, R. N. *A invenção da psicologia social*. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

SILVA JUNIOR, N.; ZANGARI, W. (Orgs.). *A psicologia social e a questão do hífen.* [livro eletrônico]. São Paulo: Blucher, 2017.

SILVEIRA, A. *Socialmente engajados*: refletindo sobre intervenção psicossocial. São Paulo: Wedologos, 2014. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Caderno_Tecnico_socialmente_engajado.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

SILVEIRA, A. F. et al. *Caderno de psicologia e políticas públicas*. Curitiba: Gráfica e Editora Unificado, 2007.

SILVEIRA, C. B.; FERNANDES, T. M., PELLEGRINI, B. (Orgs). *Cidades Saudáveis?* Alguns olhares sobre o tema. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a Atenção Psicossocial no Brasil. *Estudos e Pesquisas em Psicologia,* Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.92-101, jun. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v5n1/v5n1a07.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

SILVEIRA, F. A. *Michel Foucault e a constituição do corpo e da alma do sujeito moderno*. 2001. 151f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-17052004-120350/publico/FernandoAlmeidaSilveira.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

SILVEIRA, P. A.; DORAY, B. *Elementos para uma teoria marxista da subjetividade*. São Paulo: Vértice, 1989.

SOAR FILHO, E. J. Novos paradigmas da psicologia e das terapias psicológicas pós-modernas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa,* v.14, n.1, p.85-93, 1998. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/revistaptp/article/view/17312. Acesso em: 8 jul. 2023.

SOARES, L. B; MIRANDA, L. L. Produzir subjetividades: o que significa? *Estudos e Pesquisa em Psicologia,* Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.408-24, 2009. Disponível em: http://www.revispsi.uerj.br/v9n2/artigos/pdf/v9n2a10.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

SOIFER, R. *Psiquiatria infantil operativa*. Porto Alegre: Artmed, 1992.

SOLER, R. D. V. Y. Uma história política da subjetividade em Michel Foucault. *Fractal, Revista de Psicologia,* v.20, n.2, p.571-82, dez. 2008. DOI: 10.1590/S1984-02922008000200019.

SOUSA, L. S. *Nas entrelinhas das intervenções clínicas desenvolvidas por psicólogos em organizações não governamentais de Belo Horizonte*. Belo Horizonte, 2009. 117f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Psicologia_SousaLS_1.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

SOUSA, L. S; ROMAGNOLI, R. C. Considerações acerca da articulação clínica, rizoma e transdisciplinaridade. *Mnemosine*, v.8, n.1, p.72-89, 2012. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41575/28844. Acesso em: 8 jul. 2023.

SOUZA, A. *Os discursos na psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.

SOUZA, C. C. *A clínica que se vive*: reflexões sobre a prática da psicologia clínica na contemporaneidade. 2007. 103f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/17568/1/CarinaCS.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

SOUZA, M. Do terapêutico e da cidadania: leituras sobre discursos e práticas. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.11, n.3, p.437-48, set. 2008. DOI: 10.1590/S1415-47142008000300007.

SOUZA, R. A; PRADO FILHO, K. Cidadania: discurso da valoração da sociedade e práticas de valorização da vida. *Revista de Psicologia da Unesp,* v.7, n.1, p.169-75, 2008.

SOUZA, W. A. *A Assistência Social e o trabalho com as pessoas em situação de rua no CREAS*: um campo de intercessão. 2015. 162f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2015. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/131844/000851877.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 8 jul. 2023.

STASSUN, C. C. S.; ASSMANN, S. J. Dispositivo: fusão de objeto e método de pesquisa em Michel Foucault. *Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas*, Florianópolis, v.11, n.99, p.72-92, jul./dez. 2010. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/14744/18821. Acesso em: 8 jul. 2023.

STERN, D. N. *Diário de um bebê*. Porto Alegre: Artmed, 1991.

STRINGUETA, L.; COSTA-ROSA, A. O grupo intercessor: saber e conhecimento da práxis "psi" na atenção básica. In: CONSTANTINO, E. P. (Org.) *Percursos da pesquisa qualitativa em Psicologia*. São Paulo: Arte & Ciência, 2007. p.145-61.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1079-97, 2010. DOI: 10.1590/S0103-73312010000400002.

SZTUTMAN, R. Ética e profética nas Mitológicas de Lévi-Strauss. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre. v.15, n.31, p.293-319, jan./jun. 2009. DOI: 10.1590/s0104-71832009000100012.

SZYMANSKI, H.; CURY, V. E. A pesquisa intervenção em psicologia da educação e clínica: pesquisa e prática psicológica. *Estudos de Psicologia*, v.9, n.2, p.355-64, ago. 2004. DOI: 10.1590/S1413-294X2004000200018.

TANIKADO, G. V. F.; MARASCHIN, C. Pesquisa, intervenção e tecnologias: dispositivos de virtualização de coletivos. *Fractal, Revista de Psicologia*, v.24, n.1, p.143-58, jan./abr. 2012. Disponível em: https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/4885/4726. Acesso em: 8 jul. 2023.

TAVARES, L. A. T. *A depressão como "mal-estar" contemporâneo*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

TEDESCO, S. Subjetividade e seu plano de produção. In: QUEIROZ, A.; CRUZ, N. V. (Orgs.). *Foucault, hoje?* Rio de Janeiro: 7Letras, 2007. p.140-1.

TEDESCO, S. As práticas do dizer e os processos de subjetivação. *Interação em Psicologia*, v.10, n.2, p.357-62, jul./dez. 2006. DOI: 10.5380/psi.v10i2.7694.

TEDESCO, S.; NASCIMENTO, M. L. (Orgs.) *Ética e Subjetividade*: novos impasses no contemporâneo. Porto Alegre: Sulina, 2009.

TEDESCO, S. H.; RODRIGUES, C. A Ética da metaestabilidade e a direção ética da clínica. *Informática na Educação: Teoria e Prática*, Porto Alegre, v.15, n.1, p.159-69, jan./jun. 2012. DOI: 10.22456/1982-1654.29088.

TEDESCO, S.; SOUZA, T. P. Territórios da clínica: redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas. In: CARVALHO, S. R, BARROS, M. E.; FERIGATO, S. H. (Orgs.). *Conexões: Saúde Coletiva e políticas da subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2009. p.141-56.

TEIXEIRA, R. P. Repensando a psicologia clínica. *Paidéia* (Ribeirão Preto) s/v., n.12/13, p.51-61, fev./ago. 1997. DOI: 10.1590/S0103-863X1997000100005.

TEIXEIRA, T. M. *Práticas da psicologia na atenção básica*: perspectivas de inovação no cotidiano dos serviços de saúde. 2014. 113f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Psicologia_TeixeiraTM_1.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

TEIXEIRA-FILHO, F. S. (Des)Articulações entre psicologia, arte e gêneros em busca da clínica das sensações. In: DIONÍSIO, G. H.; BENELLI, S. J. (Eds.), *Políticas públicas e clínica crítica*. São Paulo, SP: Cultura Acadêmica, 2012. p.101-21.

TEIXEIRA-FILHO, F. S. *Subjetividade estética*: o gesto da sensação. 1993. s/p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1993.

TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: A especificidade da clínica da recepção. *Cadernos IPUB*. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental, Rio de Janeiro, v.6, n.17, p.79-91. 2000.

TENÓRIO, F.; COSTA-MOURA, F.; LO BIANCO, A. C. Tradição clínica da psiquiatria, psicanálise e práticas atuais em saúde mental. *Psicologia USP*, v.28, n.2, p.206-13, 2017. DOI: 10.1590/0103-656420150125.

TESHAINER, M. C. R. Um estudo sobre a psicanálise na obra de Michel Foucault. *Revista de Psicologia*, Fortaleza, v.22 n.2, p.22-31, jul./dez. 2004. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12863/1/2004_art_mcrteshainer.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

TOMANIK, E. A.; CANIATO, A. M. P.; FACCI, M. G. D. (Orgs.). *A constituição do sujeito e a historicidade*. Campinas: Alínea, 2009.

TOREZAN, Z. C. F.; AGUIAR, F. O sujeito da psicanálise: particularidades na contemporaneidade. *Revista Mal-estar e Subjetividade,* Fortaleza, v.11, n.2, p.525-54, jun. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v11n2/04.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*: construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

VAISBERG, T. M. J. A. A função social da psicologia clínica na contemporaneidade. *Psicologia*: *Teoria e Prática,* São Paulo, v.3, n.1, p.93-9, jan./jun. 2001. Disponível em: https://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1103. Acesso em: 8 jul. 2023.

VASCONCELLOS, J. A filosofia e seus intercessores: Deleuze e a não-filosofia. *Educação e Sociedade*, Campinas, v.26, n.93, p.1217-27, set./dez. 2005. DOI: 10.1590/S0101-73302005000400007.

VASCONCELOS, E. M. Os psicólogos e sua inserção no SUAS: da sensação inicial de perda de identidade ao reconhecimento de uma nova profissionalidade e de suas bases teóricas. In: MORGADO, R.; VASCONCELOS, E. M.; GARCIA, J. *Cadernos de Assistência Social,* v. 1: contribuições para a proteção básica e proteção especial. Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos, Resende – RJ, 2011. p.1-29.

VASCONCELOS, E. M. (Org.) *Abordagens psicossociais*: perspectivas para o serviço social. São Paulo: Hucitec, 2009.

VASCONCELOS, E. M. *Abordagens psicossociais*: história, teoria e trabalho no campo. São Paulo: Hucitec, 2008a.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). *Abordagens psicossociais*: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2008b.

VASCONCELOS, E. M. *O que é psicologia comunitária*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

VEGH, I. (Org.). *Os discursos e a cura*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2001.

VEYNE, P. *Como se escreve a história./Foucault revoluciona a história*. Brasília: Universidade de Brasília, 1982.

VIANA, T. C. et al. *Psicologia clínica e cultura contemporânea*. Brasília: Liber Livro, 2012. v.1.

VICTOR, R. M. *Da viabilidade da clínica psicanalítica no ambulatório público*. 2009. 88f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/92371/266542.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 8 jul. 2023.

VICTOR, R. M.; AGUIAR, F. A clínica psicanalítica na saúde pública: desafios e possibilidades. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.31, n.1, p.40-9, 2011. DOI: 10.1590/S1414-98932011000100005.

VIEIRA FILHO, N. G. O processo dialógico na atenção terapêutica psicossocial. Contribuições de Paulo Freire. In: *Anais do III Colóquio Internacional Paulo Freire*. João Pessoa: Editora UFPB, 2003. p.150-3.

VIEIRA FILHO, N. G. *Clínica Psicossocial.* Terapias, intervenções, questões teóricas. Recife: EDUFPE, 1997.

VIEIRA FILHO, N. G.; MORAIS, S. R. S. A Prática da clínica psicossocial. Construindo o diálogo como cliente dito "psicótico". *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.23, n.3, p.34-41, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/YFzcFHv746xsVwJdKHfFjHP/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 8 jul. 2023.

VIEIRA FILHO, N. G.; NOBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social.

Estudos de Psicologia, Nata), v.9, n.2, p.373-9, 2004. DOI: 10.1590/S1413-294X2004000200020.

VIEIRA FILHO, N. G.; ROSA, M. D. Clínica psicossocial: articulando saúde mental e a estratégia saúde da família. *Mental*, Barbacena, v.9, n.16, p.397-416, jan./jun. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v9n16/a06v9n16.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

WALTER, B. E. P.; PINHO, G. S. Crise, crítica e clínica. *Revista Pólis e Psique*, v.7, n.2, p.119-34, 2017. DOI: 10.22456/2238-152X.74585.

WEINMANN, A. O. Dispositivo: um solo para a subjetivação. *Psicologia & Sociedade*, v.18, n.3, p.16-22, set./dez. 2006. DOI: 10.1590/S0102-71822006000300003.

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade Saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Revista de Administração Pública,* v.34, n.6, p.47-61, 2000. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6347. Acesso em: 8 jul. 2023.

WHITAKER, R. *Anatomia de uma epidemia*: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

WINTER, C. A. F. C. *Confissão e cura*: uma interlocução entre Foucault e a psicanálise freudiano-lacaniana. Curitiba: Juruá, 2006.

XAVIER, K. R. *O sintoma social ou sintoma com Marx*: um conceito psicanalítico. 2013. 122f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17006/1/Karla%20Rampim%20Xavier.pdf. Acesso em: 8 jul. 2023.

YAMAMOTO, O. H. 50 anos de profissão: responsabilidade social ou projeto ético-político? *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.32, n.esp., p.6-17, 2012. DOI: 10.1590/S1414-98932012000500002.

YAMAMOTO, O. H. Políticas sociais, "terceiro setor" e "compromisso social": perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v.19, n.1, p.30-7, jan./abr. 2007. DOI: 10.1590/S0102-71822007000100005.

YAMAMOTO, O. H. Questão Social e políticas públicas: revendo o compromisso da Psicologia. In: BOCK, A. M. B. (Org.). *Psicologia e o Compromisso Social*. São Paulo: Cortez, 2003. p.37-54.

YAMAMOTO, O. H.; OLIVEIRA, I. F. Política Social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.26, n.esp., p.9-24, 2010. DOI: 10.1590/S0102-37722010000500002.

YASUI, S. *Rupturas e encontros*: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

YASUI, S. *A construção da Reforma Psiquiátrica e seu contexto histórico.* 1999. 248f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 1999.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.32, n.78/79/80, p.27-37, jan./dez. 2008. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773003. Acesso em: 8 jul. 2023.

ZAMBERLAN, M. A. T. (Org.) *Psicologia e prevenção*: modelos de intervenção na infância e na adolescência. Londrina: Eduel, 2005.

ZANELLA, A. V. Sujeito e alteridade: reflexões a partir da psicologia histórico-cultural. *Psicologia & Sociedade*, v.17, n.2, p.99-104, maio/ago. 2005. DOI: 10.1590/S0102-71822005000200013.

ZANELLA, A. V. et al. Diversidade e diálogo: reflexões sobre alguns métodos de pesquisa em psicologia. *Interações*, v.12, n.22, p.11-38, jul./dez. 2006. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35402202. Acesso em: 8 jul. 2023.

ZANERATO. E. Políticas Públicas e Psicologia: potencialidades e desafio dessa relação. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *IV Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas*. Maceió, Al: CFP/ULAPSI, 2007. p.70-109.

ZANETTI, F. L. *A condição da arte e os novos paraísos artificiais*. 2007. 116f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2007. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97630/zanetti_fl_me_assis.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 8 jul. 2023.

ZIMERMAN, D. E. *Manual de técnica psicanalítica*: uma revisão. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ZIMERMAN, D. E. *Fundamentos básicos das grupoterapias.* Porto Alegre: Artmed, 2000.

ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. *Escola de Enfermagem USP*, v.38, n.1, p.21-7, 2004. DOI: 10.1590/s0080-62342004000100003.

ZUANON, A. C. C. et al *Guia da extensão universitária da Unesp.* 2.ed. São Paulo: Unesp, 2007.

Neste livro, Silvio José Benelli retoma suas reflexões sobre Atenção Psicossocial e procura entender e sistematizar as coordenadas teóricas, práticas e éticas que fundamentam os modelos de clínicas nos ensaios escritos para esta investigação.

O objetivo deste trabalho consiste em problematizar, a partir da práxis, da documentação e da literatura, as possibilidades clínicas no campo da Psicologia, distinguindo e caracterizando seus modelos de atenção e também procurando entender quais são os efeitos éticos promovidos.

O autor também busca trabalhar com o conceito fundamental de subjetividade para pensar e problematizar de modo paradigmático o campo psicológico e a área da clínica, com destaque o conceito de subjetividade numa acepção muito precisa: a que emerge da Psicanálise do campo de Freud e Lacan e o tipo de clínica que daí deriva, como fundamental para um psicólogo que se pretenda psicossocial.

Silvio José Benelli é livre-docente (2022) em Psicologia Clínica pela Universidade Estadual Paulista (Unesp). Atua como professor associado do Departamento de Psicologia Clínica do curso de graduação em Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras (FCL), da Unesp, *campus* de Assis. É autor dos livros *Pescadores de homens: estudo psicossocial de um seminário católico* (Editora Unesp, 2006); *Análise psicossocial da formação do clero católico* (Annablume; Fapesp, 2013); *Entidades assistenciais socioeducativas: a trama institucional* (Vozes, 2014); *A lógica da internação: instituições totais e disciplinares (des)educativas* (Editora Unesp Digital, 2015); *O atendimento socioassistencial para crianças e adolescentes: perspectivas contemporâneas* (Editora Unesp Digital, 2016) e *Psicologia e Assistência Social: interfaces políticas, clínicas e éticas* (CVR, 2020), *Entidades assistenciais para crianças e adolescentes no município* (Editora Unesp Digital, 2022).